*Margaret Cousins, Jean-Pierre Courteau, Marthe Deschesnes, Normand Trempe*

# ET LA SANTÉ DANS L'OUTAOUAIS, CA VA EN 1992-1993 ?
## Résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993

## AVANT-PROPOS DU DIRECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE L'OUTAOUAIS

L'article 373.1° de la loi 120 donne au directeur de la Santé publique le mandat d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin.

L'analyse régionale des données de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 par la Direction de la Santé publique de l'Outaouais s'inscrit dans le cadre de ce mandat. Les résultats de la première enquête de Santé Québec en 1987 ont permis de mieux connaître l'état de santé de la population et ils ont été d'une grande utilité dans le processus d'identification des priorités actuelles de santé et de bien-être en Outaouais.

L'analyse des résultats de l'enquête 1992-1993 permettra de faire le point sur les nombreuses interventions en promotion de la santé et en prévention de la maladie qui ont eu cours durant les cinq dernières années. Elle permettra aussi de se fixer de nouveaux objectifs de résultats en lien avec les interventions visant à améliorer l'état de santé de la population de l'Outaouais.

L'analyse régionale des données a été faite par Margaret Cousins et la rédaction finale est le fruit du travail de Jean-Pierre Courteau, Marthe Deschesnes et Normand Trempe. Ont aussi contribué à l'analyse, à la révision et à l'édition du rapport final : Lise Émond, Danielle Léveillé, Françoise Bouchard et Colette Cloutier. Je les remercie tous et toutes pour l'excellence de leur travail. ■

Le directeur de la Santé publique de l'Outaouais

Jean De Serres

*internet :* *courriel :*

## AVANT-PROPOS DU DIRECTEUR DE SANTÉ QUÉBEC

Santé Québec a pour mission de contribuer à la connaissance et à la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population en réalisant des enquêtes.

La première enquête dirigée par Santé Québec en 1987 a permis d'obtenir des renseignements essentiels pour documenter plusieurs des aspects de la Politique de la Santé et du Bien-être que le Québec a promulguée en 1992 et que les Régies régionales de la Santé et des Services sociaux ont reprise à leur compte.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 dont il est question ici a été commandée par le ministère et les Régies régionales de la Santé et des Services sociaux. Santé Québec en a dirigé toutes et chacune des étapes tout en s'associant le Bureau de la statistique du Québec pour le plan de sondage, la pondération et les tests statistiques, le Groupe Léger et Léger inc. pour la collecte, la codification et la saisie des données ainsi que de nombreux experts des milieux de la santé et des services sociaux et des universités pour les choix de questions et l'analyse des résultats.

Des centaines de personnes dans chaque région du Québec, ont passé plusieurs minutes de leur précieux temps à répondre à pas moins de 350 questions portant sur plus de 20 thèmes différents. Santé Québec leur a garanti la confidentialité des renseignements fournis.

Tout au long de la réalisation de cette enquête, Santé Québec a eu un souci constant de qualité qui s'est manifesté par de multiples contrôles, vérifications et validations.

Ce rapport fournit un portrait de l'état de santé et de bien-être de la population de la région à partir des résultats de l'enquête. Il a été rédigé par les professionnels des Régies régionales, particulièrement de leurs Directions de Santé publique, sous la coordination de Santé Québec. Les utilisateurs y trouveront des données pour mieux décider, mieux planifier et mieux agir pour la santé et le bien-être des citoyens et citoyennes de leur région. ■

Le directeur de Santé Québec

Daniel Tremblay



*internet :* www.msss.gouv.qc.ca *courriel :* Jean-Pierre.Couture@msss.gouv.qc.ca

106-06207/

## REMERCIEMENTS

Ce rapport présente les résultats de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volet de l'Outaouais. Cette enquête a été réalisée grâce au financement conjoint du ministère de la Santé et des Services sociaux et des Régies régionales de la Santé et des Services sociaux et grâce au travail de plusieurs personnes de la Direction de la Santé publique de l'Outaouais. Nous tenons à remercier chaleureusement les nombreux collaborateurs qui ont contribué à la réalisation de cette enquête :

- de la Direction de la Santé publique de l'Outaouais, Margaret Cousins, première auteure, Normand Trempe, coordonnateur de la recherche, Lise Émond, Danielle Léveillé, Françoise Bouchard, Marthe Deschesnes et Jean-Pierre Courteau, co-rédacteurs, lecteurs et réviseurs du texte et Colette Cloutier, édition;

- l'équipe de Santé Québec, particulièrement Claudette Lavallée, Nathalie Audet et Carmen Bellerose, de même que le directeur et les membres des comités d'administration et d'orientation;

- Robert Courtemanche, Lorraine Caouette, Marcel Godbout et France Lapointe et Louise Bourque du Bureau de la statistique du Québec, partenaire de Santé Québec pour tous les aspects statistiques;

- l'équipe du Groupe Léger et Léger inc. qui, sous la gouverne de Denis Fagnan, a effectué la collecte, la codification et la saisie des données, de même que les 15 coordonnatrices régionales et les 125 intervieweurs;

- les auteurs du rapport provincial dont les chapitres ont inspiré les chercheurs régionaux responsables de la production des rapports propres à chacune des régions;

- le comité de lecture composé de Carmen Bellerose, Serge Chevalier, Margaret Cousins, Lucie Roy, Jean-Pierre St-Cyr, Hugues Tétreault, Josette Thibault et Micheline Tremblay qui, sous la direction de Claudette Lavallée, ont contribué à la qualité et à une certaine uniformisation des rapports régionaux;

- les auteurs et réviseurs des rapports régionaux qui ont rendu possible la parution de volets régionaux détaillés des résultats de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993.

## TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 1
LEXIQUE 5
INTRODUCTION 11
MÉTHODES 13
1.1 Introduction 13
1.2 Procédures d'enquête 13
1.3 Traitement des données 14
1.4 Présentation des résultats et limites de l'enquête 15

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION À L'ÉTUDE 16

CHAPITRE I

ET LA SANTÉ ÇA VA EN 1992-1993?
1. CERTAINS DÉTERMINANTS 18

1.1 Habitudes de vie 18
1.1.1 Consommation d'alcool 18
1.1.2 Consommation de drogues 20
1.1.3 Usage de la cigarette 21
1.1.4 Activité physique 22
1.1.5 Indice de masse corporelle 23
1.2 Milieu social 24
1.2.1 Soutien social 24
Indice de soutien social 25
Soutien social : composantes détaillées de l'indice 25
Satisfaction quant à la vie sociale 26
Rapports familiaux 26
1.2.2 Autonomie décisionnelle au travail 27
1.3 Certains comportements de santé propres aux femmes 28
Mammographie 28
Auto-examen des seins 29
Examen clinique des seins 29
Test de Papanicolaou (Pap) 30
Contraceptifs oraux ou anovulants 30
Hormones à la ménopause 30

2. ÉTAT DE SANTÉ

2.1 Perception de l'état de santé 31
2.2 Santé mentale 32
2.2.1 Détresse psychologique 32
2.2.2 Idées suicidaires et parasuicides 33
2.3 Santé physique 34
2.3.1 Accidents avec blessures 34
2.3.2 Autonomie fonctionnelle et incapacité 35
Perte d'autonomie fonctionnelle à long terme 35
Journées d'incapacité de courte et de longue durée 36

3. CONSÉQUENCES

3.1 Consommation de médicaments 36
Utilisation de médicaments dans la population 37
Médicaments consommés 37
3.2 Recours aux services sociaux et de santé 38

CHAPITRE II

ASPECTS SOCIAUX RELIÉS À LA SANTÉ

1. STATUT SOCIOÉCONOMIQUE ET SANTÉ 40

1.1 Perception de sa situation financière 40
1.2 Durée de la pauvreté perçue 41
1.3 Exclusion du marché du travail 41

2. SANTÉ ET FAMILLE 42

Portrait des ménages 42
Portrait des familles 43

3. ABUS DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET SANTÉ 43

3.1 Le profil de consommation 44
3.2 L'Indice CAGE 45
3.3 Le polyusage 45

CONCLUSION 48

RÉFÉRENCES 49

## LEXIQUE

ACTIVITÉ PHYSIQUE DE LOISIR : fréquence de participation à des activités physiques de loisir d'une durée d'au moins 20 à 30 minutes par séance, au cours des 3 mois ayant précédé l'enquête.

AIRE HOMOGÈNE : elles proviennent d'un découpage du Québec en quatre zones distinctes (métropole, capitales régionales, agglomérations et villes, monde rural) qui sont ensuite subdivisées en trois aires en fonction de leurs conditions socioéconomiques : aire vulnérable ou défavorisée, aire intermédiaire et aire peu vulnérable ou défavorisée.

AUTONOMIE DÉCISIONNELLE AU TRAVAIL : défini à partir de 9 questions, cet indice mesure l'autorité décisionnelle des personnes qui travaillaient au moment de l'enquête ainsi que l'utilisation de leurs qualifications.

BSQ : Bureau de la Statistique du Québec.

CAGE : indice composé de 4 questions retenues pour définir les buveurs à risque de rencontrer des problèmes liés à l'alcool.

CATÉGORIE PROFESSIONNELLE : basé sur la « Classification canadienne des professions », cet indicateur classe les personnes selon le genre d'emploi qu'elles occupaient au moment de l'enquête.

ÉTAT MATRIMONIAL DE FAIT : tient compte à la fois de l'état matrimonial légal et de la situation de fait déclarés par les individus de 15 ans et plus.

EXCLUSION DU MARCHÉ DU TRAVAIL : durée de l'exclusion du marché du travail parmi les personnes de 15 à 64 ans.

FAMILLE : la définition adoptée dans l'enquête consiste en un ménage ayant au moins un enfant de moins de 18 ans vivant avec au moins un de ses parents biologiques ou adoptifs.

FI : fiche d'identification des membres du ménage (âge, sexe, liens de filiation).

INCAPACITÉ : « toute réduction ou absence (résultant d'une déficience) de la capacité d'exécuter une activité de la manière ou dans la plénitude considérée comme normale pour un être humain » (OMS).

INDICE DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE : est constitué de 14 questions portant sur des états dépressifs ou anxieux et sur certains symptômes d'irritabilité et de problèmes cognitifs. Le quintile supérieur de l'échelle, adopté lors de l'enquête Santé Québec de 1987 pour constituer la catégorie « élevée », a été conservé pour la présente enquête.

INDICE DE MASSE CORPORELLE : aussi appelé Indice de Quételet, il est considéré dans les enquêtes populationnelles comme étant la mesure la plus appropriée pour déterminer l'excès de poids associé à divers risques pour la santé. Il est le résultat de la division du poids exprimé en kilogrammes par la taille en mètres élevée au carré.

INDICE DE SOUTIEN SOCIAL : établi à partir de sept questions, il porte sur l'intégration sociale, la satisfaction face aux rapports sociaux et la taille du réseau social. Les personnes ayant les scores les plus bas (quintile 1) sont définies comme ayant un niveau de soutien social faible.

JOURNÉES D'INCAPACITÉ : journées comptées à partir du nombre de journées d'alitement, de journées d'incapacité par rapport à une activité principale et de journées de restriction des activités habituelles, déclarées pour les deux semaines ayant précédé l'enquête. Elles sont présentées sous forme d'une moyenne annuelle par personne, établie sur la base de l'ensemble de la population.

LANGUE MATERNELLE : première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise par le répondant.

LIMITATIONS D'ACTIVITÉ : ce qui restreint une personne dans le genre ou la quantité d'activités qu'elle peut faire à cause d'une maladie chronique, physique ou mentale, ou d'un problème de santé.

MÉNAGE : constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes vivant dans un logement privé.

N : nombre estimé de personnes, dans la population, sur lequel les proportions sont calculées. Correspond au total de la ligne ou de la colonne (100 %).

NIVEAU DE REVENU : indice commun à tous les membres du ménage, il est établi à partir du revenu total du ménage, du nombre de personnes composant ce ménage et de normes établissant les seuils de faible revenu selon la taille des ménages. Cet indice comporte une imputation des valeurs manquantes. Il n'est pas comparable à l'indice de suffisance du revenu utilisé dans l'enquête Santé Québec 1987.

## LEXIQUE

PARASUICIDE : ensemble des gestes suicidaires qui ne conduisent pas à la mort.

PATRIMOINE ACCUMULÉ : indique si la personne ou un membre du ménage est propriétaire ou dispose d'épargnes accumulées.

Pe : nombre estimé de personnes, dans la population, correspondant à une proportion ou à un taux donné.

QAA : questionnaire autoadministré qui s'adresse à tous les individus d'un ménage âgés de 15 ans ou plus, il couvre surtout les habitudes de vie, le milieu social et la santé psychologique.

QRI : questionnaire rempli par l'intervieweur, il s'adresse à un informateur-clé répondant pour tous les membres du ménage ; il porte principalement sur les limitations d'activité, les accidents et blessures, la consommation de médicaments et le recours aux services de santé.

SCOLARITÉ RELATIVE : niveau de scolarité atteint par un individu, relativement à la scolarité des personnes du même groupe d'âge et de sexe : le quintile 1 correspond à la plus faible scolarité.

SOUS-RÉGION : correspond aux milieux rural ou urbain.

STATUT D'ACTIVITÉ HABITUELLE : classifie les personnes selon leur activité principale au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

TYPE DE FUMEUR : distingue les fumeurs réguliers qui fument tous les jours, les fumeurs occasionnels qui fument moins souvent que chaque jour, les anciens fumeurs qui déclarent avoir fumé dans le passé mais qui ont cessé, et ceux qui n'ont jamais fumé.

UPE : unité primaire d'échantillonnage qui est formée de secteurs de dénombrement ou d'un regroupement de secteurs de dénombrement. Un certain nombre de ces UPE a été tiré aléatoirement par le BSQ au cours du processus d'échantillonnage de l'enquête. ■


*internet :* [illegible] *courriel :* [illegible]

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Types de buveurs selon le sexe, population de 15 ans et plus, Outaouais et ensemble du Québec, 1992-1993 ...18

Tableau 2 Nombre moyen hebdomadaire habituel de consommations d'alcool, selon le sexe, buveurs actuels de 15 ans et plus, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...18

Tableau 3 Nombre de consommations d'alcool pendant les sept jours précédant l'enquête, selon le sexe, buveurs actuels de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993 ... ...19

Tableau 4 Nombre d'enivrements durant les 12 mois précédant l'enquête chez les hommes et les femmes, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ...19

Tableau 5 Types de consommateurs de drogues selon le sexe, population de 15 ans et plus, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...20

Tableau 6 Types de consommateurs de drogues selon la sous-région, Outaouais 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...21

Tableau 7 Types de fumeurs, population de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993 ... ...21

Tableau 8 Nombre de cigarettes fumées quotidiennement chez les fumeurs réguliers, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993 ... ... ... ... ... ...22

Tableau 9 Fréquence de participation à des activités physiques de loisir, 20 à 30 minutes par séance, population de 15 ans et plus, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...23

Tableau 10 Indice de masse corporelle, population de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...24

Tableau 11 Indice de masse corporelle selon le sexe et l'état matrimonial, hommes et femmes de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...24

Tableau 12 Satisfaction dans les rapports avec les amis, selon le sexe, population de 15 ans et plus, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ... ...25

Tableau 13 Nombre d'aidants, de confidents et de personnes qui démontrent de l'affection selon la taille du réseau de soutien, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...26

Tableau 14 Niveau de satisfaction face à la vie sociale, population de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993 ... ... ... ... ... ...26

Tableau 15 Situations de vie selon la catégorie de revenu, Outaouais 1992-1993 ... ... ...27

Tableau 16 Pourcentage de travailleurs qui rapportent une autonomie décisionnelle au travail « élevée » selon quelques caractéristiques socioéconomiques et de milieu social, Outaouais 1992-1993 ... ... ... ... ... ...28

Tableau 17 Temps écoulé depuis la dernière mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993 ... ... ... ... ... ...29

Tableau 18 Fréquence de l'auto-examen des seins (AES), population féminine de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993 ... ...29

Tableau 19 Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (ECS), population féminine de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...29

Tableau 20 Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (ECS), selon le niveau de revenu et la scolarité, population féminine de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...30

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 21 Temps écoulé depuis le dernier test de Pap, population féminine de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993 ... ...30

Tableau 22 Perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...31

Tableau 23 Pourcentage de résidents de l'Outaouais ayant une perception positive de leur état de santé selon quelques caractéristiques sociodémographiques, le milieu social et les habitudes de vie, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...31

Tableau 24 Pourcentage de résidents de l'Outaouais ayant un niveau « élevé » à l'indice de détresse psychologique selon certaines caractéristiques socioéconomiques,le milieu social et la perception de l'état de santé, population âgée de15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 ... ... ... ... ... ...33

Tableau 25 Types de conséquences selon l'indice de détresse psychologique, personnes de 15 ans et plus ayant mentionné au moins une manifestation de l'échelle de détresse psychologique, Outaouais 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...33

Tableau 26 Présence d'idées suicidaires, parasuicides au cours de la vie et au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et moyen envisagé pour attenter à ses jours au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, population de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...34

Tableau 27 Conséquences des accidents avec blessures, selon le sexe, population totale, Outaouais 1992-1993 ... ... ...34

Tableau 28 Victimes d'accidents avec blessures et accidents avec blessures ayant entraîné une limitation et/ou une consultation médicale selon le lieu, population totale, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...35

Tableau 29 Journées d'incapacité et journées d'alitement (moyenne annuelle par personne), selon le sexe, population totale, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993 ... ... ... ... ... ...36

Tableau 30 Journées d'incapacité (total) et journées d'alitement (moyenne annuelle par personne), selon l'âge, population totale, Outaouais 1987,1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993 ... ... ... ... ... ...36

Tableau 31 Consommation d'au moins un médicament, population totale, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...37

Tableau 32 Fréquence d'utilisateurs des différents types de médicaments parmi la population ayant consommé au moins un médicament, population totale, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...38

Tableau 33 Pourcentage de personnes ayant consulté au moins un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'enquête, par types de professionnels, population totale, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993 ... ... ... ... ... ...39

Tableau 34 Perception de la situation financière, population des 15 ans et plus, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993 ...40

Tableau 35 Perception de l'état de santé et indice de détresse psychologique selon a perception de la situation financière, Outaouais 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...41

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 36 Niveau d'exclusion du marché du travail selon le sexe, population âgée de 15 à 64 ans, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993 ... 42

Tableau 37 Niveau d'exclusion du marché du travail selon l'âge, population âgée de 15 à 64 ans, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993 ... 42

Tableau 38 Perception de l'état de santé et indice de détresse psychologique selon le niveau d'exclusion du marché du travail, Outaouais 1992-1993 ... 42

Tableau 39 Types de ménages, population totale, Outaouais et ensemble du Québec, 1987, 1992-1993 ... 43

Tableau 40 Types de familles, population totale, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993 ... 43

Tableau 41 Pourcentage de mères et de pères qui travaillent selon les types de familles, Outaouais 1992-1993 ... 43

Tableau 42 Profil de consommation selon le sexe, population de 15 ans et plus, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993 ... 45

Tableau 43 Niveaux de risque de problèmes liés à l'alcool (CAGE), selon le sexe, population de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993 ... 45

Tableau 44 Polyusage de substances psychoactives selon le sexe et l'âge, population âgée de 15 ans et plus, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993 ... 46

Annexe 1a Caractéristiques de la population de l'Outaouais et de l'ensemble du Québec, 1992-1993 ... 52

Annexe 1b Caractéristiques de la population de l'Outaouais selon la sous-région, 1992-1993 ... 53

## LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 Nombre de consommations d'alcool pendant les sept jours précédant l'enquête, selon l'âge, chez les buveurs actuels de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...19

Graphique 2 Nombre de consommations d'alcool pendant les sept jours précédant l'enquête, selon le niveau de revenu, chez les buveurs actuels de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ...20

Graphique 3 Types de consommateurs de drogues, selon l'âge, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 ... ... ...20

Graphique 4 Pourcentage de fumeurs réguliers selon l'âge, la scolarité et le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 ... ... ...22

Graphique 5 Pourcentage de fumeurs réguliers qui fument 11 cigarettes et plus par jour, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...22

Graphique 6 Pourcentage de la population de l'Outaouais participant à des activités physiques de loisir trois fois par mois et moins, selon le sexe, l'état matrimonial, le revenu, la scolarité et la zone de résidence,Outaouais 1992-1993 23

Graphique 7 Indice de masse corporelle, selon l'âge, hommes et femmes de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 ... ... ... ... ... ...24

Graphique 8 Satisfaction dans les rapports avec les amis, selon l'âge, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 ... ...25

Graphique 9 Situation de vie selon l'âge, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...26

Graphique 10 Pourcentage des travailleurs ayant une autonomie décisionnelle au travail "élevée", selon des caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...27

Graphique 11 Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins , selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 ... ... ... ... ... ...29

Graphique 12 Proportion de personnes présentant un haut niveau de détresse psychologique, Outaouais, Québec, 1987, 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ...32

Graphique 13 Accidents avec blessures ayant entraîné une limitation et/ou une consultation, selon l'âge, population totale, Outaouais 1992-1993 ... ... ...35

Graphique 14 Pourcentage des personnes ayant consommé trois médicaments et plus au cours des deux jours précédant l'enquête, selon des caractéristiques socioéconomiques et des indicateurs de santé, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 ... ... ... ... ... ...37

Graphique 15 Consultation d'au moins un professionnel de la santé, selon l'âge, population totale, Outaouais 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...38

Graphique 16 Consultation d'au moins un professionnel de la santé selon des caractéristiques démographiques et des indicateurs de santé, population totale, Outaouais 1992-1993 ... ... ...39

Graphique 17 Pourcentage d'individus qui se perçoivent à l'aise financièrement, selon l'âge et le sexe, Outaouais et Québec 1992-1993 ... ... ... ... ... ... ...40

Graphique 18 Durée de la pauvreté perçue par les personnes pauvres et très pauvres, Outaouais et Québec, 1992-1993 ...41

Graphique 19 Niveau d'exclusion du marché du travail - nul -, selon les caractéristiques démographiques, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 ... ... ... ... ... ...42

## INTRODUCTION

La première enquête sociale et de santé au Québec a été réalisée par Santé Québec en 1987 (ESQ 87). Cette enquête populationnelle a fourni des renseignements aux niveaux national et régional sur certains déterminants de l'état de santé - conditions et milieux de vie, habitudes de vie et comportements préventifs -, sur l'état de santé physique, mentale et psychosociale et sur les conséquences, traduites par le recours aux services et la consommation de médicaments.

La divulgation, le 4 juillet 1988, des résultats provinciaux par la ministre de la Santé et des Services sociaux, Madame Lavoie-Roux, avait causé un choc en Outaouais. La région présentait en effet un profil de santé peu enviable comparativement à la moyenne québécoise: perception plus négative de son état de santé, hauts taux d'incapacité physique, de fumeurs, de déprimés, et toute une litanie d'autres problèmes. Même si certains indicateurs étaient déjà connus des planificateurs et des chercheurs du domaine de la santé et des services sociaux, c'était la première fois qu'une enquête d'une telle envergure permettait de confirmer le mauvais état de santé général de la population de l'Outaouais. (Deschesnes, 1989).

En 1992-1993, une deuxième enquête sociale et de santé a été réalisée. Bien que la plupart des thèmes exploités en 1987 aient été retenus, les questionnaires utilisés pour la cueillette de données ont été modifiés. Quelques questions ont été reformulées ou éliminées, par exemple celles sur les comportements préventifs reliés aux véhicules moteurs, tandis que d'autres ont été ajoutées, comme celles sur l'autonomie décisionnelle au travail. Il en est de même des sections se rapportant aux aidants naturels et à la résolution des conflits intrafamiliaux. Malgré les modifications, cette deuxième enquête permet l'analyse de l'évolution de plusieurs indicateurs depuis 1987.

Ce rapport présente des résultats de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 (ESS 1992-1993) pour la région de l'Outaouais. Il est basé sur les données provenant de 2 032 répondants au questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) et de 1 351 répondants au questionnaire autoadministré (QAA). Les taux de réponse régionaux pour ces deux questionnaires sont de 83,5 % et de 88 % respectivement. Bien que ce rapport fasse écho au rapport provincial, les analyses de certaines variables et de certaines associations ne sont pas possibles à cause de la petite taille de l'échantillon régional; c'est ce qui explique l'absence de résultats sur les aidants naturels et la résolution des conflits intrafamiliaux, par exemple. En général, l'échantillon régional est cependant suffisant pour effectuer les analyses selon le sexe, le groupe d'âge, et quelques variables socioéconomiques, incluant la scolarité, le revenu et le statut d'activité. Des comparaisons selon la sous-région (rural/urbain), avec le reste du Québec et avec les résultats de l'ESQ 87 sont aussi possibles dans plusieurs cas. À cause du caractère transversal de ces enquêtes (1987 et 1992-1993), les associations entre les facteurs étudiés ne peuvent être interprétées comme des relations de causalité. ■


*internet :* *courriel :*

## CONSIGNES AU LECTEUR ET AUTRES CONSIDÉRATIONS

Le lexique et le chapitre sur les méthodes sont tirés intégralement de textes fournis par Santé Québec. Les encadrés aspects méthodologiques au début de chaque section sont tirés en tout ou en partie des rapports provinciaux publiés par Santé Québec et indiquent, en caractère gras, le ou les auteurs des sections concernées.

Le lecteur trouvera dans plusieurs tableaux et graphiques des exposants numériques accompagnant certaines valeurs; les valeurs ayant le même exposant présentent des différences statistiquement significatives ($p<0,05$).

D'autres valeurs sont accompagnées d'astérisques en exposants; ceci indique un coefficient de variation élevé (CV) qui invite à la prudence. Parce qu'elles sont suffisamment précises, les proportions dont le CV est inférieur à 15 % sont présentées sans mise en garde; celles dont le CV se situe entre 15 % et 25 % sont marquées d'un astérisque (*), pour montrer que l'estimation doit être interprétée avec prudence. Les proportions dont le CV est supérieur à 25 % sont marquées d'un double astérisque (**) et ne sont fournies qu'à titre indicatif.

Nous utilisons généralement des pourcentages arrondis afin de ne pas alourdir indûment les tableaux; ceci explique que la somme des pourcentages n'est pas toujours égale à 100 %. Tous les tests statistiques ont cependant été faits avec les pourcentages exacts, respectant en cela les règles reconnues. ■

## MÉTHODES[1]

### 1.1 Introduction

Ce chapitre traite des grandes lignes des différents aspects méthodologiques reliés à l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Pour des renseignements plus complets sur ces différents aspects de l'enquête, le lecteur peut consulter le chapitre « Méthodes » du rapport provincial ou les cahiers techniques qui font l'objet de publications séparées.

### 1.2 Procédures d'enquête

Les instruments de l'enquête ont été élaborés par Santé Québec avec la collaboration de nombreux experts du milieu de la santé et des services sociaux. Les trois outils principaux de l'enquête Santé Québec 1987 ont été repris et adaptés aux objectifs de la présente enquête. La fiche d'identification, remplie par l'intervieweur, contient des renseignements administratifs et permet d'établir la liste des membres du ménage et leurs caractéristiques d'âge, de sexe et de lien de parenté aux fins de l'entrevue. Le questionnaire du ménage rempli par l'intervieweur (QRI) vise à recueillir des renseignements portant sur chacun des membres de la maisonnée auprès d'un informateur clé. Ses principaux thèmes sont les incapacités, le recours aux services sociaux ou de santé, la consommation de médicaments, les accidents et blessures ainsi que des renseignements démographiques et socioéconomiques. Le questionnaire autoadministré (QAA), destiné aux personnes de 15 ans et plus du ménage, comporte des questions sur la perception de la santé, les habitudes de vie, l'autonomie décisionnelle au travail, certains comportements de santé propres aux femmes, le milieu social, divers problèmes liés à la santé mentale, et des renseignements sociodémographiques.

La population visée par l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 est l'ensemble des ménages privés de toutes les régions sociosanitaires du Québec à l'exclusion des régions crie et inuite, qui ont fait l'objet d'enquêtes distinctes, et des réserves indiennes. Les personnes vivant dans des ménages collectifs tels que les centres d'accueil et les hôpitaux sont exclues. Pour les fins de l'enquête, l'ensemble du territoire a été découpé en petites aires géographiques appelées unités primaires d'échantillonnage (UPE). Elles correspondent généralement à des secteurs de dénombrement du recensement canadien de la population de 1986. L'ensemble de ces unités forme la base de sondage.

Avant la sélection de l'échantillon, les UPE ont été regroupées en strates. Chaque strate est formée du croisement d'une région sociosanitaire et d'une aire homogène. À l'échelle du Québec, on dénombre 12 aires homogènes, que l'on obtient en découpant d'abord le territoire en quatre zones distinctes, soit la région métropolitaine de Montréal (M), les capitales régionales (C), les agglomérations et villes (A), et le monde rural (R). Chaque zone est ensuite subdivisée en trois aires en fonction de conditions socioéconomiques : une aire vulnérable (1), une aire intermédiaire (2) et une aire peu vulnérable (3). Un des cahiers techniques de l'enquête précise la définition des aires homogènes[2]. La taille totale de l'échantillon a été déterminée à 16 010 logements pour l'ensemble du Québec et le plan d'échantillonnage en est un à deux degrés, stratifié par région et par aire homogène.

La collecte des données a été répartie entre quatre périodes de collecte disjointes s'échelonnant de novembre 1992 à novembre 1993, afin de tenir compte du caractère saisonnier des problèmes de santé et de certains comportements. Une période d'énumération des logements des UPE échantillonnées précédait chaque vague de collecte. Dans chacun de ces ménages, une entrevue avec un répondant principal a été effectuée par un intervieweur. Les personnes de 15 ans et plus étaient en outre invitées à répondre à un questionnaire autoadministré.

La gestion de la collecte des données a été confiée au Groupe Léger et Léger Inc., à la suite d'un appel d'offres; Santé Québec a toutefois été associé à chacune des étapes de réalisation et a assuré un contrôle régulier des activités. Des coordonnatrices régionales assuraient la bonne marche de l'enquête dans leurs régions respectives.

[1] La section méthodes est tirée intégralement de Bellerose C.; Lavallée C.; Courtemanche R.; Caouette L.; Godbout M.; Lapointe F. « Méthodes », dans : Santé Québec; Bellerose C.; Lavallée C.; Chénard L; Levasseur M.; (sous la direction de) (1995). Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

[2] Le lecteur intéressé à la description des aires et aux résultats qui s'y rapportent peut également consulter le Volume 3 du rapport provincial, qui analyse les données de l'enquête en fonction des aires homogènes.

## MÉTHODES[1]

Un prétest a été effectué en juin 1992, auprès de 150 ménages, pour vérifier le déroulement des diverses procédures prévues et déterminer les ajustements devant être apportés aux instruments de l'enquête.

L'échantillon régional initial de l'Outaouais comptait 1003 ménages; 100 d'entre eux n'étaient pas admissibles à l'enquête. Des 903 ménages admissibles, 754 ont répondu au questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) : ces ménages représentent au total 2 032 individus. De ce nombre, 1590 personnes de 15 ans et plus étaient admissibles au questionnaire autoadministré (QAA), et 1 351 individus y ont répondu. Pour le QRI, le taux de réponse pondéré global s'élève à 83.5 %, tandis que les personnes admissibles au QAA dans la région ont répondu dans une proportion de 88 %; cependant, le taux de réponse au QAA doit tenir compte du fait que les questionnaires sont administrés en cascade et correspond plutôt au produit du taux de réponse au QRI et de celui du QAA; le taux ainsi calculé est de 73.5 %. Le taux global de non-réponse est plus élevé chez les personnes de 15-24 ans et de 65 ans et plus; les hommes sont également davantage représentés parmi les non-répondants.

En plus de la non-réponse globale, il se peut qu'un biais soit présent dans les estimations en raison de la non-réponse des répondants à des questions particulières; on parle alors de taux de non-réponse partielle. Lorsque ce taux excède 5 %, il faut être prudent dans l'interprétation de cette variable.

### 1.3 Traitement des données

La validation de la banque de données s'est faite en plusieurs étapes qui ont été assumées par le Groupe Léger & Léger Inc. ainsi que par Santé Québec. Le cahier technique de l'enquête rend compte de façon exhaustive des activités de validation et de traitement des données.

Les données présentées dans ce rapport sont toutes pondérées. La pondération consiste à attribuer à chaque répondant une valeur (un poids) qui correspond au nombre de personnes qu'il « représente » dans la population. La pondération tient compte du plan de sondage et de la non-réponse. De plus, un ajustement des poids à la distribution de la population selon la région, l'âge, et le sexe a été effectué pour chacun des instruments de l'enquête.

À l'instar des autres enquêtes de Santé Québec, la présente enquête a sollicité la participation de nombreux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux et des universités. Des groupes d'analyse, composés de trois à cinq personnes choisies pour leur expertise et leur intérêt pour un sujet traité dans l'enquête, ont été mis sur pied. Ils ont participé à la conception des questionnaires et proposé des plans d'analyse des données provinciales portant sur leur thème. C'est à partir de ces plans d'analyse qu'un comité formé de représentants régionaux, sous la coordination de Santé Québec, a formulé des demandes de tableaux pour les analyses régionales. Ces extrants ont été produits par Santé Québec et analysés subséquemment par les représentants des diverses régions en suivant le modèle des analyses provinciales.

L'analyse est essentiellement descriptive. Cette orientation a été retenue en raison de l'information abondante produite aux fins de la présente analyse. Les données ne sont pas standardisées; cependant, lors des comparaisons des résultats avec ceux de l'enquête Santé Québec 1987 et avec ceux portant sur l'ensemble du Québec, des sous-groupes du même âge et du même sexe sont comparés, ce qui permet de contrôler, le cas échéant, l'effet confondant de ces variables.

Les résultats présentés tiennent compte du plan de sondage. Des effets de plan médians ont été produits et utilisés lors de l'analyse.

Des coefficients de variation (CV) ont été calculés afin de mesurer la précision des estimations. On les obtient en divisant l'erreur-type de la proportion estimée par la proportion elle-même. Parce qu'elles sont suffisamment précises, les proportions dont le CV est inférieur à 15 % sont présentées sans mise en garde ; celles dont le CV se situe entre 15 % et 25 % sont marquées d'un astérisque (*), pour montrer que l'estimation doit être interprétée avec prudence. Les proportions dont le CV est supérieur à 25 % sont marquées d'un double astérisque (**), pour en signaler l'imprécision, et ne sont fournies qu'à titre indicatif.

Toute relation entre deux variables a d'abord été mesurée par le test chi carré et le seuil de signification statistique a été fixé à 5 % pour tous les tests. Finalement, les tests d'égalité de deux proportions étaient effectués à partir de deux intervalles de confiance, un pour chaque paramètre concerné. La règle de décision s'articulait alors autour de l'absence de chevauchement entre ces intervalles. Ils ne sont toutefois pas indiqués dans ce rapport.

## MÉTHODES[1]

### 1.4 Présentation des résultats et limites de l'enquête

Plusieurs variables d'analyse dont la distribution est présentée dans les chapitres qui suivent ont dû être dichotomisées pour les croisements avec d'autres variables à cause des petits nombres en cause. La majorité des régions ont comparé leurs résultats avec ceux de l'ensemble du Québec, sauf Montréal et la Montérégie qui l'ont fait avec le reste du Québec.

En général, seules les différences significatives au seuil de 5 % sont mentionnées dans le texte. Certaines différences non significatives peuvent à l'occasion être signalées si elles présentent un intérêt en matière de santé ; elles sont alors exprimées sous le terme de « tendances. »

L'Enquête sociale et de santé n'est pas à l'abri des limites propres à ce type d'enquête. Ainsi, malgré toutes les précautions prises pour assurer la qualité des données et minimiser les biais, il est impossible de garantir l'exactitude des réponses fournies par les répondants. Les personnes interrogées peuvent être influencées, entre autres, par le phénomène de la désirabilité sociale, par la difficulté de se rappeler des événements passés ou d'évaluer le temps écoulé depuis un événement. Les renseignements portant sur les membres du ménage peuvent manquer de précision quand ils proviennent d'une tierce personne.

Une enquête transversale comme l'Enquête sociale et de santé permet de déceler des liens entre deux variables ainsi que des différences entre des sous-groupes de la population ou avec l'enquête Santé Québec 1987. Elle ne permet toutefois d'établir aucun lien de causalité entre les variables ni de contrôler l'effet possible de facteurs de confusion.

Cette enquête fait abstraction de quelque 2 % de la population vivant dans des logements collectifs, notamment des établissements de santé. Comme ces personnes présentent généralement un bilan plus lourd sur le plan sociosanitaire, il faut se garder d'appliquer les résultats de l'enquête à leur égard. Cette particularité de l'échantillon, fréquente dans ce genre d'enquêtes, peut sous-estimer légèrement la prévalence de certains problèmes de santé. Il faut cependant souligner l'attention toute particulière qui a été prêtée aux procédures inférentielles utilisées dans l'Enquête sociale et de santé, afin que les résultats puissent être généralisés à l'ensemble de la population. ■

## CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION À L'ÉTUDE

Les indicateurs suivants ont été utilisés pour décrire la population à l'étude:

### Scolarité relative

L'indice de scolarité relative est créé à partir de la question 184 du questionnaire autoadministré mesurant le plus haut niveau de scolarité complété où le score de chaque individu est obtenu en établissant des quintiles de niveau de scolarité selon le sexe et l'âge.

### Niveau de revenu

L'indice retenu mesure le niveau de revenu et est établi à partir du revenu total du ménage (QRI161), du nombre de personnes composant le ménage ainsi que des seuils de faible revenu selon la taille des ménages (Statistique Canada, 1992, pp 145-146). Les seuils de faibles revenu représentent les sommes d'argent nécessaires aux dépenses dites de subsistances. Tous les membres d'un même ménage se voient attribuer le même niveau de revenu. La répartition est établie selon cinq catégories : très pauvre, pauvre, moyen inférieur, moyen supérieur et supérieur.

### Statut d'activité

Dans le but d'éliminer les ambiguïtés relatives aux statuts temporaires (étudiants en vacances ou travailleurs en congé de maladie), l'ESS 1992-1993 a introduit par deux questions au tout début du QRI la notion d'activité habituelle, c'est-à-dire l'activité principale se rapportant à la période des 12 mois ayant précédé l'enquête pour la population âgée de 15 ans et plus. Le statut d'activité habituelle classe la population selon cinq catégories : « en emploi », « aux études », « à la retraite », « tient maison », « sans emploi ». Outre les chômeurs et les bénéficiaires d'aide sociale, la catégorie « sans emploi » englobe les personnes qui ont déclaré être en vacances ou inactives pour cause de maladie, à la suite d'une maternité ou pour d'autres motifs non précisés.

### Catégorie professionnelle

Le genre d'emploi (QRI150) occupé par un individu sert ici à mesurer sa catégorie professionnelle. Cette information ne concerne que les personnes de 15 ans et plus occupant un emploi au moment de l'enquête. Le genre d'emploi occupé par le répondant est codé d'après la « Classification canadienne des professions » (CCDP) de 1981. Ces codes ont ensuite été regroupés à l'aide de la « Classification socioéconomique des occupations du recensement de 1981 » de Pineo (1985).

**(Chevalier, Kapetanakis, Turcotte, 1995)**

Le lecteur est invité à lire l'encadré « Consignes au lecteur et autres considérations » à la fin de l'introduction à la page 12. On y explique la signification des exposants et des astérisques dans les tableaux et graphiques.

## CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION À L'ÉTUDE

En général, les caractéristiques de la population de l'Outaouais sont semblables à celles de la population de la province en termes de structure d'âge, de sexe et d'état matrimonial (annexe Ia). Cependant, le portrait socioéconomique de la population de l'Outaouais est plus favorable que celui de la population du Québec. Notre population comprend une plus grande proportion de personnes ayant un revenu « supérieur » et la proportion de ceux qui ont un emploi tend aussi à être plus élevée qu'au Québec. De plus, parmi ceux qui travaillent, les gens de l'Outaouais tendent à occuper plus de postes professionnels. Quant à la scolarité, l'Outaouais a une plus grande proportion de personnes dans la catégorie la plus élevée, mais aussi dans la catégorie la plus faible.

Dans l'Outaouais, 81 % des répondants habitent la capitale régionale (Hull, Gatineau, Aylmer et leur périphérie immédiate). Le reste de la population à l'étude réside en secteur « rural », qui inclut les agglomérations et les villes moins importantes situées à l'extérieur de la capitale régionale. Les caractéristiques des populations urbaine et rurale en Outaouais sont différentes à plusieurs égards (annexe Ib). Les personnes âgées de 25 à 44 ans, celles qui bénéficient d'un revenu supérieur, celles qui ont un emploi et un niveau de scolarité élevé se retrouvent davantage en milieu urbain. On y retrouve aussi une proportion plus importante de professionnels, cadres supérieurs, semi-professionnels, techniciens et cadres intermédiaires. La population rurale comprend une proportion plus grande de personnes âgées de 65 ans et plus, elle est moins scolarisée, plus pauvre et moins favorisée sur le plan de l'emploi.

Dans son ensemble, la structure d'âge et de sexe de la population de l'Outaouais en 1992-1993 ne diffère pas significativement de celle de 1987, permettant ainsi les comparaisons des résultats de ces deux enquêtes. ■


*internet :* [illegible] *courriel :* [illegible]

# CHAPITRE I - ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993?

## 1. CERTAINS DÉTERMINANTS

### 1.1 Habitudes de vie

#### 1.1.1 Consommation d'alcool

**Aspects méthodologiques**

A l'instar de l'ESQ 87, les consommateurs d'alcool sont classés en trois types (QAA21 et 22) : les abstinents qui sont les personnes qui n'ont jamais consommé d'alcool leur vie durant; les anciens buveurs qui n'ont pas consommé pendant l'année précédant la cueillette de données; et les buveurs actuels qui sont les personnes à avoir consommé de l'alcool, aussi peu soit-il, au cours de la dernière année ayant précédé l'enquête. La quantité hebdomadaire d'alcool consommée est étudiée, pour les buveurs actuels seulement, selon un décompte des consommations ingérées durant les sept jours qui ont précédé l'enquête (QAA 31). La fréquence de consommation des buveurs actuels est mesurée par le nombre de fois, durant l'année précédant l'enquête, où l'absorption en une occasion a été égale ou supérieure à cinq consommations (QAA 25); et le nombre de fois, pour la même période, où une personne a estimé s'être enivrée (QAA 27).

Par rapport à l'ESQ 87, l'ESS 1992-1993 présente deux différences notables. La section portant sur la fréquence de consommation a été ajoutée. Par ailleurs, la mesure de la quantité d'alcool consommée pendant la semaine précédant l'enquête a été modifiée. Malgré ces modifications, les résultats de l'ESS 1992-1993 demeurent comparables à ceux de l'ESQ 87.

**(Chevalier, 1995)**

**Résultats**

Les données de la présente enquête indiquent qu'une grande majorité de la population âgée de 15 ans et plus, en Outaouais comme dans l'ensemble du Québec, a consommé des boissons alcoolisées au cours des 12 mois précédant l'enquête (tableau 1). Ce sont ces personnes que nous appelons les « buveurs actuels » dans les paragraphes qui vont suivre. Les « abstinents » sont ceux qui n'ont jamais consommé d'alcool. Il y a significativement plus de femmes que d'hommes qui appartiennent à cette catégorie.

Une majorité des buveurs actuels, tant en Outaouais qu'au Québec, disent consommer habituellement de 1 à 6 boissons alcoolisées par semaine. Les gros consommateurs (plus de six consommations par semaine) sont avant tout des hommes (21 % contre 5 % chez les femmes).

| Types de buveurs | Outaouais 1992-1993 | | | Ensemble du Québec 1992-1993 [1] |
|---|---|---|---|---|
| | Femmes [a] | Hommes [a] | Sexes réunis [a] | |
| Abstinent | 18[c] | 10[c] | 14 | 15,1 |
| Ancien buveur | 5[**] | 6 | 6 | 5,7 |
| Buveur actuel | 77[c] | 84[c] | 81 | 79,1 |

***Tableau 1 - Types de buveurs selon le sexe, population de 15 ans et plus, Outaouais et ensemble du Québec, 1992-1993[1]***

| Nombre moyen hebdomadaire habituel | Outaouais 1992-1993 | | | Ensemble du Québec 1992-1993 [1] |
|---|---|---|---|---|
| | Femmes [a] | Hommes [a] | Outaouais [a] | |
| 0 | 43 | 24[c] | 33 | 31,0 |
| 1-6 | 52 | 55 | 54 | 54,7 |
| 7-13 | 4[**] | 15[c] | 9 | 9,4 |
| 14 et plus | 1[**] | 6[**] | 4[**] | 4,9 |

***Tableau 2 - Nombre moyen hebdomadaire habituel de consommations d'alcool, selon le sexe, buveurs actuels de 15 ans et plus, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993***

1 Le lecteur est invité à lire l'encadré « Consignes au lecteur et autres considérations » à la fin de l'introduction à la page 12. On y explique la signification des exposants et des astérisques dans les tableaux et graphiques.

## CHAPITRE I - ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993?

Comparativement aux résultats de l'ESQ de 1987, la proportion de la population qui consomme de l'alcool n'a pas changé. Par contre, le nombre de consommations rapportées par les buveurs au cours des sept jours ayant précédé l'enquête a diminué. Par ailleurs, la proportion des personnes qui ne rapportent aucune consommation d'alcool durant la semaine précédant l'enquête a augmenté chez les hommes comme chez les femmes. Cependant, en général, les comparaisons entre les sexes désavantagent les hommes : ceux-ci rapportent plus fréquemment une consommation supérieure à 14 boissons alcoolisées, alors qu'à l'inverse, plus de la moitié des buveuses disent ne pas avoir consommé d'alcool au cours de la dernière semaine (tableau 3).

| Nombre de consommations, sept jours précédant enquête | Outaouais 1992-1993 | | | | | | Ensemble du Québec |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Femmes | | Hommes | | Sexes réunis | | |
| | 1987 | 1992-93 | 1987 | 1992-93 | 1987 | 1992-93 | 1992-1993 |
| 0 | 44 | 52 | 22 | 35 | 33 | 43 | 39,0 |
| 1-6 | 46 | 37 | 42 | 35 | 44 | 36 | 38,4 |
| 7-13 | 7 | 9 | 16 | 16 | 11 | 13 | 14,3 |
| 14 et plus | 3 | 2 | 20 | 14 | 12 | 8 | 8,3 |

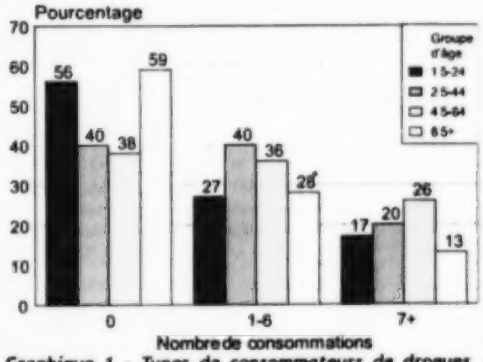
***Tableau 3 - Nombre de consommations d'alcool pendant les sept jours précédant l'enquête, selon le sexe, buveurs actuels de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993[1]***

La proportion des hommes s'étant enivrés au moins une fois durant les 12 mois précédant l'enquête est plus élevée en Outaouais (50 %) qu'au Québec (42 %) (tableau 4). L'enquête nous révèle aussi qu' au cours des 12 mois précédant l'enquête, 72% des consommateurs masculins d'alcool de l'Outaouais et 41 % des consommateurs féminins ont pris, au moins une fois, cinq consommations ou plus lors d'une même occasion. Ces proportions sont similaires à celles observées dans l'ensemble du Québec.

| Nombre enivrements 12 mois précédents | Femmes | | Hommes | | Sexes réunis | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Outaouais 1992-1993 | Ensemble du Québec 1992-1993 | Outaouais 1992-1993 | Ensemble du Québec 1992-1993 | Outaouais 1992-1993 | Ensemble du Québec 1992-1993 |
| 0 | 72 | 74 | 50 | 58 | 61 | 66 |
| 1 à 4 | 24 | 21 | 35 | 28 | 30 | 25 |
| 5 et plus | 4 | 5 | 15 | 14 | 9 | 9 |

***Tableau 4 - Nombre d'enivrements durant les 12 mois précédant l'enquête chez les hommes et les femmes, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993***

Les personnes qui ont consommé au cours de la dernière semaine se rencontrent plus fréquemment parmi les individus de 25 à 64 ans et sont relativement moins nombreux parmi les individus plus jeunes ou plus âgés (graphique 1).

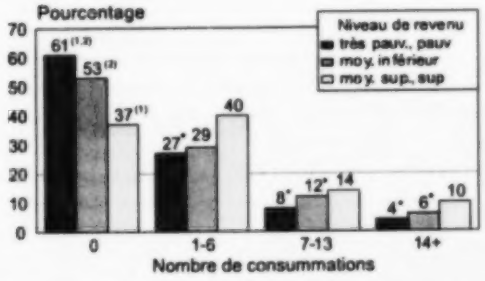



***Graphique 1 - Types de consommateurs de drogues, selon l'âge, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993***

Les buveurs se rencontrent aussi plus fréquemment parmi les personnes ayant un revenu « moyen supérieur » ou « supérieur ». Ces personnes rapportent aussi une consommation plus élevée dans la semaine précédant l'enquête (graphique 2). La même corrélation existe avec le niveau de scolarité.

1 Le lecteur est invité à lire l'encadré « Consignes au lecteur et autres considérations » à la fin de l'introduction à la page 12. On y explique la signification des exposants et des astérisques dans les tableaux et graphiques.

## CHAPITRE I - ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993?




***Graphique 2 - Nombre de consommations d'alcool pendant les sept jours précédant l'enquête, selon l'âge, chez les buveurs actuels de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993***

Les données provinciales permettent d'établir une relation entre le niveau de revenu et la fréquence de l'ivresse; on constate que les individus « très pauvres » ou « pauvres » ont tendance à s'enivrer plus fréquemment que ceux dont le revenu est plus élevé. L'analyse des données régionales ne permet de vérifier cette relation.

### 1.1.2 Consommation de drogues

#### Aspects méthodologiques

La consommation de drogues est définie comme étant le fait d'avoir fait usage, au cours de sa vie, d'une substance illicite ou d'une drogue médicamenteuse obtenue sans ordonnance, que cette consommation ait été régulière, occasionnelle ou passagère. Elle est établie à partir d'une liste de catégories de drogues figurant au questionnaire autoadministré de l'enquête (QAA47 à 67).

Trois types de consommateurs sont examinés : les abstinents à vie regroupent les personnes qui n'ont jamais consommé de drogues leur vie durant, les anciens consommateurs sont les personnes qui en ont déjà consommé mais ne l'ont pas fait au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et les consommateurs actuels sont les personnes qui déclarent qu'elles ont consommé, aussi peu soit-il, durant les 12 mois précédant l'enquête.

Les données de la présente enquête ne permettent pas d'établir des comparaisons temporelles avec l'ESQ 87.

**(Chevalier, 1995)**

#### Résultats

La proportion de consommateurs actuels de drogues est sensiblement la même au Québec et en Outaouais (12,6 et 14 % respectivement). La seule différence importante est que l'Outaouais compte plus d'anciens consommateurs, et surtout plus d'anciennes consommatrices, que le Québec. On peut donc croire que le problème a déjà été plus important en Outaouais qu'il l'est aujourd'hui (tableau 5).

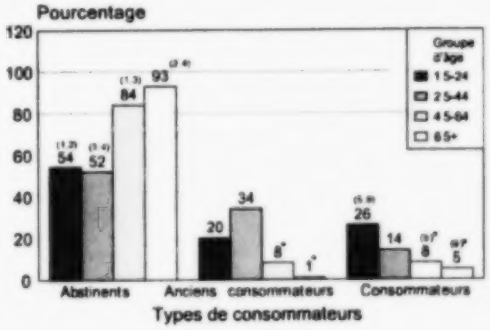
Comme dans l'ensemble du Québec, la proportion de consommateurs de drogues diminue nettement à mesure que l'âge des répondants augmente. À l'inverse, la proportion de personnes qui disent n'avoir

| Types de consommateurs | Femmes | | Hommes | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Outaouais 1992-1993 | Ensemble du Québec 1992-1993 | Outaouais 1992-1993 | Ensemble du Québec 1992-1993 | Outaouais 1992-1993 | Ensemble du Québec 1992-1993 |
| Jamais consommé | 66 | 71,5* | 62 | 66,4 | 64* | 68,9* |
| Ancien consommateur | 23 | 17,6* | 22 | 19,4 | 22* | 18,5* |
| Consommateur actuel | 12 | 11,0 | 16 | 14,2 | 14 | 12,6 |

***Tableau 5 - Types de consommateurs de drogues selon le sexe, population de 15 ans et plus, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993***

Les valeurs ayant le même exposant présentent des différences statistiquement significatives ($p<0,05$)

« jamais consommé » augmente avec l'âge des répondants; on retrouve probablement là un phénomène de générations. Les anciens consommateurs sont proportionnellement plus nombreux dans la cohorte des 25 à 44 ans que dans tout autre groupe d'âge (graphique 3).




***Graphique 3 - Nombre de consommations d'alcool pendant les sept jours précédant l'enquête, selon le niveau de revenu, chez les buveurs actuels de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993***

## CHAPITRE I - ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993?

Des comparaisons selon la sous-région montrent aussi certaines tendances; il y a plus d'anciens consommateurs en milieu urbain qu'en milieu rural et plus d'abstinents à vie en milieu rural qu'en milieu urbain (tableau 6). Par contre, les proportions de consommateurs actuels sont à peu près les mêmes dans les deux sous-régions.

| Types de consommateurs | Urbain * | Rural * |
|---|---|---|
| Abstinent | 61 | 77 |
| Ancien consommateur | 24 | 12** |
| Consommateur actuel | 14 | 12* |

***Tableau 6 - Types de consommateurs de drogues selon la sous-région, Outaouais 1992-1993***

Enfin, le pourcentage d'anciens consommateurs a tendance à augmenter avec le niveau de scolarité et le revenu alors qu'au contraire, la proportion d'abstinents a tendance à diminuer. Toutes ces tendances sont semblables à celles observées dans l'ensemble du Québec.

### 1.1.3 Usage de la cigarette

#### Aspects méthodologiques

La prévalence de l'usage de la cigarette est mesurée en répartissant la population québécoise de 15 ans et plus selon le type de fumeur. Le nombre de cigarettes fumées chaque jour permet d'évaluer le degré d'exposition des fumeurs. Enfin, l'âge auquel a commencé à fumer tous les jours le fumeur régulier est utile pour mieux cibler l'intervention auprès des jeunes.

L'usage de la cigarette est défini selon quatre catégories : les fumeurs réguliers sont des personnes qui fument tous les jours, indépendamment de la quantité de cigarettes consommées; les fumeurs occasionnels sont ceux qui fument la cigarette moins souvent que chaque jour; les anciens fumeurs sont ceux qui déclarent avoir déjà fumé par le passé, mais qui ont cessé; et enfin, la dernière catégorie représente ceux qui n'ont jamais fumé. La quantité de cigarettes quotidiennes, mesurée seulement chez les fumeurs réguliers, est indiquée selon les regroupements couramment utilisés de 1-10, 11-25 et, 26 et plus.(...) Afin d'assurer la comparabilité des résultats, les questions posées sont les mêmes que celles de l'ESQ 87.

**(Bernier, 1995)**

#### Résultats

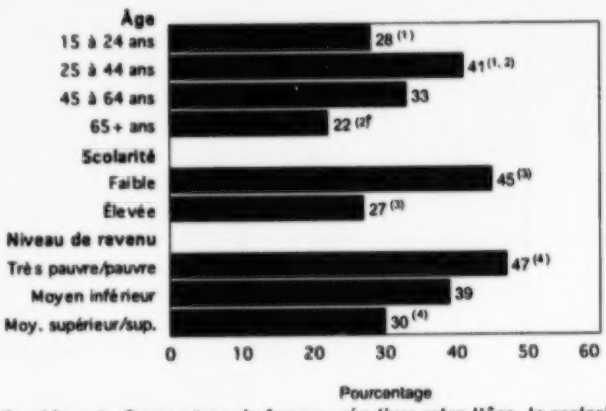
Dans l'Outaouais, les résultats de la présente enquête indiquent que 35 % de la population des 15 ans et plus étaient des fumeurs réguliers en 1992-1993 comparativement à 40 % en 1987, soit une baisse statistiquement significative de 5 % (tableau 7). Toutefois la prévalence de 1992-1993 est encore supérieure à celle du Québec (30 %). Le gain le plus important pour l'Outaouais entre 1987 et 1992 est celui du nombre de personnes qui n'ont jamais commencé à fumer : de 25 % en 1987, cette proportion est passée à 30 % en 1992. Par contre, nous avons une proportion moindre que le reste du Québec de personnes qui auraient cessé de fumer. On peut donc supposer que certaines interventions de prévention auprès des nouveaux fumeurs potentiels ont eu du succès entre 1987 et 1992 et qu'il y a, par ailleurs, toujours place pour des interventions efficaces visant la cessation.

| Types de fumeurs | Outaouais 1987 | Outaouais 1992-1993 | Ensemble du Québec 1992-1993 (**) |
|---|---|---|---|
| Jamais fumé | 25 | 30 | 32 |
| Anciens fumeurs | 31 | 31 | 34 |
| Occasionnels | 4 | 4 | 4 |
| Réguliers | 40 | 35** | 30 |

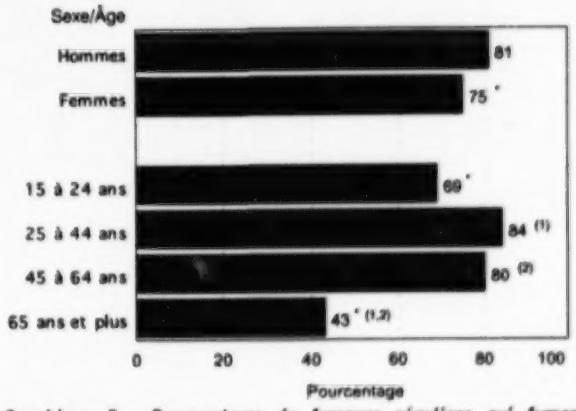
***Tableau 7 - Types de fumeurs, population de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993***

La distribution des types de fumeurs en Outaouais varie de façon significative selon l'âge, la scolarité, le revenu, l'état matrimonial et le type de buveurs. Les fumeurs réguliers se retrouvent davantage chez les personnes de 25 à 44 ans, chez ceux ayant un bas niveau de scolarité et chez les personnes pauvres et très pauvres (graphique 4).

## CHAPITRE I - ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993?




***Graphique 4 - Pourcentage de fumeurs réguliers selon l'âge, la scolarité et le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993***




***Graphique 5 - Pourcentage de fumeurs réguliers qui fument 11 cigarettes et plus par jour, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993***

Chez les fumeurs réguliers de la région, près de 80 % consomment plus de 10 cigarettes par jour, ce qui est semblable au reste du Québec. Comparativement à 1987, l'Outaouais a connu une amélioration puisque la proportion de gros fumeurs (plus de 25 cigarettes par jour) est passée de 17 % à 12 % (tableau 8).

| Nombre de cigarettes | Outaouais 1987 % | Outaouais 1992-1993 % | Ensemble du Québec 1992-1993 (+) % |
|---|---|---|---|
| 1 - 10 | 15 | 22 | 23 |
| 11 - 25 | 68 | 66 | 65 |
| 26 + | 17 | 12 | 11 |

***Tableau 8 - Nombre de cigarettes fumées quotidiennement chez les fumeurs réguliers, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993***

Comme au Québec, les fumeurs de plus de 10 cigarettes par jour se retrouvent plus fréquemment chez les 25-64 ans et chez les hommes (graphique 5).

La vaste majorité des fumeurs (85 % chez les hommes et 77 % chez les femmes) ont commencé à fumer avant l'âge de 20 ans, indépendamment de leur âge actuel. La distribution de l'âge du début du tabagisme pour la région est similaire à celle du Québec et n'a pas changé depuis la première enquête.

La proportion d'anciens fumeurs, réguliers ou occasionnels, augmente avec le revenu, le niveau de scolarité et l'âge. Les anciens fumeurs se retrouvent plus souvent chez les hommes et chez les personnes ayant un(e) conjoint(e).

D'autre part, la proportion de personnes qui n'ont jamais fumé est plus élevée chez les femmes, chez les 15-24 ans et les 65 ans et plus, chez les plus scolarisés, chez les gens sans conjoint et chez les non-buveurs d'alcool.

### 1.1.4 Activité physique

**Aspects méthodologiques**

L'activité physique de loisir a été examinée à l'aide du questionnaire autoadministré(...) (question 136). L'indicateur retenu est la fréquence d'activités d'une durée de 20 à 30 minutes, au cours des trois mois ayant précédé l'enquête.(...) Parmi les cinq éléments qui servent à l'analyse de l'activité physique, la fréquence de pratique est une composante majeure lorsqu'on parle de - bénéfices-santé - et plus particulièrement de la santé physique.

**(Haskell, 1994)**

Pour les analyses régionales, la fréquence de pratique de l'activité de loisir des résidents de l'Outaouais de 15 ans et plus a été divisée en trois catégories : trois fois/mois et moins, une et deux



*internet :* *courriel :*

## CHAPITRE I - ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993?

fois/semaine et trois fois/semaine et plus. Il est important de souligner que les résultats sont représentatifs de l'ensemble de l'année car la cueillette de données était répartie sur quatre vagues successives de trois mois (individus différents à chacune des vagues). Finalement, la comparaison des fréquences d'activités de loisir avec les résultats de l'enquête Santé Québec de 1987 n'est pas possible car l'approche retenue en 1992-1993 est différente de la première enquête.

**(Nolin, 1995)**

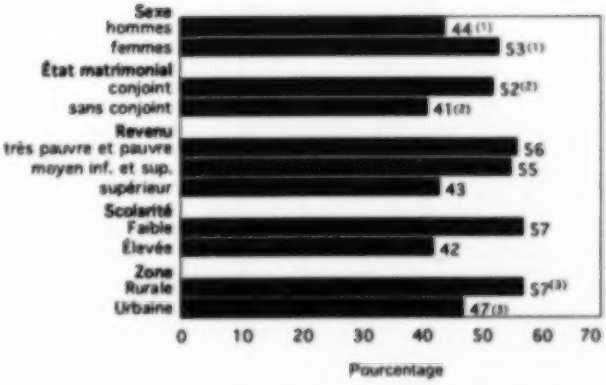
### Résultats

En général, la proportion des personnes pratiquant des activités physiques de loisir est à peu près la même en Outaouais que dans l'ensemble du Québec (tableau 9). Près de la moitié des personnes de 15 ans et plus peuvent être considérées comme sédentaires, c'est-à-dire qu'elles s'adonnent à des activités physiques de loisir d'une durée minimale de 20 minutes à une fréquence de trois fois par mois ou moins.

De façon générale, la fréquence de l'activité physique de loisir en Outaouais est plus faible chez les femmes, chez les personnes pauvres et moins scolarisées, ainsi que chez les personnes ayant un conjoint (graphique 6). Ces résultats sont semblables à ceux observés au niveau provincial. La fréquence de participation à des activités physiques de loisir tend aussi à être plus élevée en Outaouais urbain qu'en Outaouais rural.

| Fréquence | Outaouais 1992-1993 | Ensemble du Québec 1992-1993 (1) |
|---|---|---|
| 3 fois/semaine et plus | 27 | 25,3 |
| 1-2 fois/ semaine | 25 | 27,8 |
| 3 fois/mois et moins | 48 | 46,9 |

***Tableau 9 - Fréquence de participation à des activités physiques de loisir, 20 à 30 minutes par séance, population de 15 ans et plus, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993.***




***Graphique 6 - Pourcentage de la population de l'Outaouais participant à des activités physiques de loisir trois fois par mois et moins, selon le sexe, l'état matrimonial, le revenu, la scolarité et la zone de résidence, Outaouais 1992-1993***

### 1.1.5 Indice de masse corporelle

Des études mettent en évidence une forte corrélation entre l'excès de poids et l'incidence de maladies cardiovasculaires, d'hypertension, de diabète non insulinodépendant et de cancers du sein, de l'endomètre, du côlon et de la prostate (Kissebah et al., 1989; Santé et Bien-être social Canada, 1988). Le risque de développer un de ces problèmes de santé est environ deux fois plus élevé lorsqu'il y a excès de poids et il triple lorsqu'il s'agit d'obésité.

### Aspects méthodologiques

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure couramment utilisée en santé publique pour évaluer l'ensemble du poids corporel, y compris le tissu adipeux. Cet indice est basé sur le rapport entre le poids (en kilogrammes) et le carré de la taille d'une personne (en mètres) et a été conçu principalement pour les adultes âgés de 20 à 65 ans dont la taille et la condition physique sont assez stables. De ce fait, il ne s'applique pas aux femmes enceintes ou qui allaitent (Santé et Bien-être social Canada, 1988). La validité épidémiologique de la relation entre le poids et la santé a été démontrée seulement pour le groupe d'âge des 20 à 65 ans.

(Malgré cela, et en raison des données rendues disponibles par Santé Québec lors des analyses), l'échelle de l'IMC présentée ci-dessous (couvre toute la population de 15 ans et plus) et est constituée d'intervalles de poids semblables pour les hommes et pour les femmes, mais différentes pour les groupes

## CHAPITRE I - ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993?

d'âge de 15 à 19 ans, de 20 à 64 ans, de 65 à 80 ans et de 81 ans et plus.

| IMC | Groupe d'âge | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 15-19 ans | 20-64 ans | 65-80 ans | 81 ans et plus |
| Poids insuffisant | <19 | <20 | <20 | <20 |
| Poids acceptable | 19-24 | 20-26 | 20-26 | 20-28 |
| Excès de poids | 25 + | 27 + | 27 + | 29 + |

***Seuils retenus pour l'indice de masse corporelle selon l'âge, population de 15 ans et plus***

A l'instar de l'enquête Santé Québec 1987, l'IMC calculé dans la présente enquête ne permet pas de départager les personnes à forte musculature et les athlètes qui pratiquent des sports d'endurance de ceux qui font de l'embonpoint; l'écart réel entre les hommes et les femmes à cet égard pourrait être moindre que ne l'indiquent les résultats observés.

Les résultats de l'IMC sont comparables à ceux de l'enquête Santé Québec 1987. Les seuils ont changé mais, dans le but d'établir une comparaison avec les données de 1987, les indices de 1987 ont été reproduits comme ceux de 1992-1993.

**(Therrien, 1995)**

### Résultats

En 1992-1993, près des deux tiers des hommes et des femmes de 15 ans et plus de la région de l'Outaouais avaient un poids jugé acceptable, soit une proportion légèrement inférieure à celle observée dans l'ensemble du Québec. Par ailleurs, la prévalence de l'excès de poids est en augmentation. Comme en 1987, la proportion des personnes présentant un excès de poids est plus élevée dans la région que dans l'ensemble du Québec (tableau 10).

| IMC | Outaouais 1987 | Outaouais 1992-1993 | Ensemble du Québec 1992-1993 (1) |
|---|---|---|---|
| Poids insuffisant | 10 | 9 | 11 |
| Poids acceptable | 66 | 62 | 64 |
| Excès de poids | 24 | 29 * | 25 |

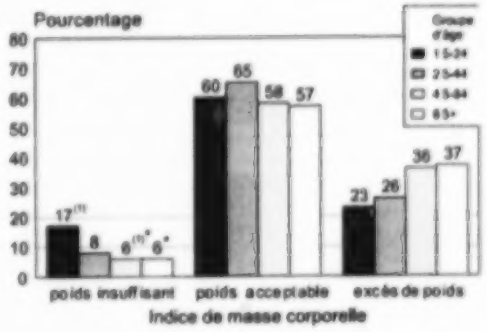
***Tableau 10 - Indice de masse corporelle, population de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993***

L'excès de poids a tendance à être plus fréquent chez les hommes et chez les personnes ayant un conjoint, tandis que l'insuffisance de poids est plus fréquente chez les femmes et les personnes sans conjoint (tableau 11).

| IMC | Homme | Femme | Avec conjoint | Sans conjoint |
|---|---|---|---|---|
| Poids insuffisant | 5 ** | 13 * | 8 | 13 |
| Poids acceptable | 62 | 62 | 61 | 64 |
| Excès de poids | 33 | 26 | 31 | 23 |

***Tableau 11 - Indice de masse corporelle selon le sexe et l'état matrimonial, hommes et femmes de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993***

L'excès de poids est plus fréquent chez les 45 ans et plus, alors que c'est chez les 15-24 ans qu'on retrouve la proportion la plus élevée de personnes présentant une insuffisance de poids (graphique 7). Dans l'ensemble du Québec, l'insuffisance de poids est aussi plus fréquente chez les pauvres et les très pauvres. Les résultats régionaux semblent aller dans le même sens.




***Graphique 7 - Indice de masse corporelle, selon l'âge, hommes et femmes de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993***

## 1.2 Milieu social

### 1.2.1 Soutien social

Le milieu social détermine la vulnérabilité de l'individu et son pouvoir de résistance face aux conditions ou événements de vie critiques. Le soutien social

## CHAPITRE I - ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993?

aurait un effet bénéfique direct sur la santé ou atténuerait indirectement les effets néfastes du stress. La relation entre l'isolement social ou les événements critiques et la santé a été depuis largement démontrée, que ce soit par rapport aux problèmes sociaux ou le suicide. L'insuffisance et l'inadéquation du soutien social, ajoutées à un faible niveau de participation sociale, menacent le bien-être physique et psychologique des individus ; une telle situation augmente considérablement les probabilités de détresse psychologique, d'idées et de tentatives de suicide.

### Aspects méthodologiques

Seize des questions du questionnaire autoadministré permettent de déterminer les sous-groupes sociaux disposant d'un faible niveau de soutien social ou de rapports familiaux insatisfaisants. Onze de ces questions (QAA97 à 101 et QAA110 à 115) nous permettent de construire un indice de soutien social. Les indicateurs utilisés pour la création de l'indice touchent trois aspects du soutien social : la participation ou l'intégration sociale, la satisfaction quant aux rapports sociaux et la taille du réseau de soutien. L'indice de soutien correspond à une valeur attribuée sur une échelle allant de 0 (aucun soutien) à 100 (soutien élevé). Les répondants furent ensuite distribués en quintiles, le premier 20 % des répondants appartenant à la catégorie d'un faible niveau de soutien social. Une version dichotomique de l'indice oppose ce premier quintile (faible soutien) aux quatre autres (soutien élevé).

Six autres questions (QAA102 à 107) donnent un portrait de la satisfaction des personnes quant à leurs rapports familiaux immédiats.

**(Camirand, Massé, Tousignant, 1995)**

### Indice de soutien social

La proportion de personnes ayant un score élevé à l'indice de soutien social varie selon la scolarité et le revenu. Chez les personnes qui ont un niveau de scolarité élevé, la proportion de celles ayant un score élevé à l'indice est de 83 %, comparativement à 77 % chez celles qui ont un niveau de scolarité faible. On décèle une tendance semblable entre le revenu et le soutien social; la proportion de personnes ayant un score élevé à l'indice augmente avec le revenu.

### Soutien social : composantes détaillées de l'indice

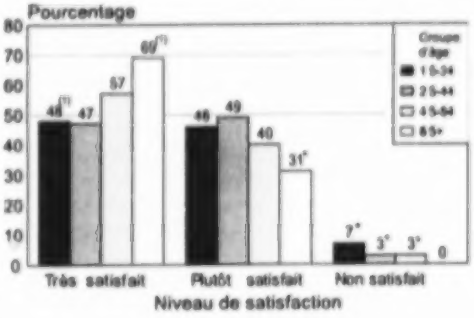
La grande majorité des résidents de l'Outaouais (95 %) rapportent la présence d'amis et, comme au Québec, ils sont généralement satisfaits des rapports qu'ils ont avec eux (tableau 12). Dans l'Outaouais, il semble que le niveau de satisfaction dans les rapports avec les amis soit plus élevé chez les hommes que chez les femmes alors que l'inverse est observé pour l'ensemble du Québec.

| Satisfaction dans les rapports avec les amis | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| Très satisfait | 48 | 53 | 55 | 50 | 52 | 51 |
| Plutôt satisfait | 46 | 45 | 43 | 47 | 44 | 46 |
| Non satisfait | 6** | 3 | 2** | 3 | 4 | 3 |

***Tableau 12 - Satisfaction dans les rapports avec les amis, selon le sexe, population de 15 ans et plus, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993***

La proportion d'individus sans amis augmente légèrement avec l'âge (3 % chez les 15-24 ans à 8 % chez les 65 ans et plus); par contre le niveau de satisfaction dans les rapports avec les amis augmente aussi avec l'âge (graphique 8).

La présence de confidents, de personnes aidantes




***Graphique 8 - Satisfaction dans les rapports avec les amis, selon l'âge, ion de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993***

et de personnes démontrant de l'affection sont des composantes importantes du soutien social. Les proportions d'individus qui rapportent la présence de personnes aidantes ou de personnes leur démontrant de l'affection sont très semblables, alors que la

## CHAPITRE I - ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993?

présence de confidents est rapportée moins fréquemment (tableau 13). Ces résultats sont semblables à ceux observés pour l'ensemble du Québec.

| Taille du réseau de soutien | Aidants | Confidents | Affection |
|---|---|---|---|
| Aucune personne | 4 | 15 | 6 |
| Une personne | 8 | 20 | 11 |
| Deux personnes | 18 | 27 | 13 |
| Trois personnes et plus | 70 | 38 | 65 |

***Tableau 13 - Nombre d'aidants, de confidents et de personnes qui démontrent de l'affection selon la taille du réseau de soutien, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993***

De façon générale, les gens ayant trois confidents ou plus se retrouvent davantage chez les femmes et chez ceux qui n'ont pas de conjoint. Les individus de 25 à 44 ans ont davantage tendance à avoir moins de trois confidents comparativement aux gens plus âgés ou plus jeunes. La présence de trois personnes ou plus qui démontrent de l'affection tend à être plus fréquente chez les personnes âgées de 65 ans et plus et chez celles ayant un conjoint. De plus, le nombre de sources d'affection varie significativement selon le statut d'activité et selon le revenu; la proportion d'individus rapportant une absence de personnes leur donnant de l'affection est plus élevée chez les personnes qui ne travaillent pas et chez les individus très pauvres ou pauvres.

### Satisfaction quant à la vie sociale

Trente-trois pour cent (33 %) des individus de la région rapportent qu'ils sont très satisfaits de leur vie sociale tandis que 55 % se disent plutôt satisfaits et 12 % non satisfaits (tableau 14). Ces pourcentages sont presque identiques à ceux observés dans la région en 1987. En général, la satisfaction face à la vie sociale est comparable à celle de la population du Québec.

| Satisfaction face à la vie sociale | Outaouais 1987 | Outaouais 1992-1993 | Ensemble du Québec 1992-1993 |
|---|---|---|---|
| Très satisfait | 34 | 33 | 32,2 |
| Plutôt satisfait | 55 | 55 | 56,4 |
| Non satisfait | 11 | 12 | 11,4 |

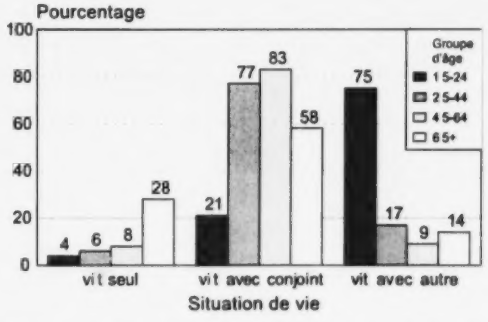
***Tableau 14 - Niveau de satisfaction face à la vie sociale, population de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993***

La proportion de gens qui sont très satisfaits de leur vie sociale tend à être plus importante chez les personnes âgées de 65 ans et plus (43 %) que chez les personnes plus jeunes. On observe également qu'un pourcentage plus élevé d'hommes que de femmes se disent très satisfaits face à leur vie sociale (36 % comparativement à 29 %).

Un peu plus d'une personne sur 10 en Outaouais passe la moitié de son temps libre seule. Ces personnes se retrouvent davantage dans les groupes suivants : les personnes âgées de 65 ans et plus, celles qui sont très pauvres ou pauvres et celles qui n'ont pas de conjoint. Soixante-neuf pour cent (69 %) des répondants de 15 ans et plus disent participer à des rencontres sociales au moins une fois par semaine. Vingt-trois pour cent (23 %) le font une fois par mois et 8 % encore moins souvent. Ces résultats sont semblables à ceux de l'ensemble du Québec. Il n'y a pas d'association significative entre la fréquence des rencontres sociales et les variables sociodémographiques.

### Rapports familiaux

Dans l'Outaouais, les deux tiers des personnes habitent avec leur conjoint(e), le quart vivent avec quelqu'un d'autre et 8 % vivent seules. La situation de vie des répondants varie de façon importante selon l'âge, comme le montre le graphique 9. Les personnes âgées de 65 ans et plus vivent beaucoup plus fréquemment seules que les personnes des




***Graphique 9 - Situation de vie selon l'âge, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993***

## CHAPITRE I - ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993?

autres groupes d'âge. La proportion de gens qui habitent avec un conjoint augmente avec l'âge jusqu'à 64 ans, puis diminue chez les 65 ans et plus.

On observe aussi quelques différences selon le niveau de revenu : les individus qui sont pauvres ou très pauvres sont proportionnellement plus nombreux à vivre seuls que les personnes avec un revenu moyen ou supérieur (tableau 15). Ces résultats sont semblables à ceux observés dans l'ensemble du Québec.

| Situation de vie | Très pauvre/pauvre % | Moyen inférieur % | Moy. sup./ supérieur % |
|---|---|---|---|
| Vit seul | 25 | 8 | 4 |
| Vit avec conjoint | 48 | 71 | 70 |
| Vit avec quelqu'un d'autre | 27 | 21 | 26 |

***Tableau 15 - Situations de vie selon la catégorie de revenu, Outaouais 1992-1993***

Parmi les personnes qui vivent seules, 59 % se disent heureuses ou très heureuses de leur situation de vie, alors que 8 % s'en disent malheureuses.

### 1.2.2 Autonomie decisionnelle au travail

#### Aspects méthodologiques

L'autonomie décisionnelle au travail concerne deux aspects de la vie professionnelle, soit la possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent, puis sur la capacité d'utiliser ses compétences et d'en développer de nouvelles.

L'autonomie décisionnelle au travail est mesurée par neuf questions (QAA196 à 200, QAA202 à 205) issues du Job Content Questionnaire (Karasek, 1985). Les répondants doivent indiquer leur degré d'accord avec chacune des questions.

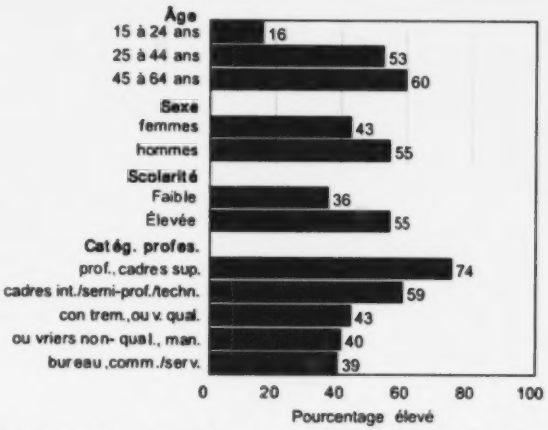
L'indice d'autonomie décisionnelle au travail a été créé par la somme des questions. Le minimum de l'indice d'autonomie décisionnelle est 24 et le maximum est 96. Lors des analyses, les répondants ont été classés selon qu'ils rapportaient un niveau élevé ou un niveau faible d'autonomie décisionnelle au travail en se basant sur le score médian (seuil=74) de l'ensemble des répondants à ces questions.

Cette section ne concerne que les individus âgés de 15 ans et plus qui occupaient un emploi au moment de l'enquête.

**(Bourbonnais et al., 1995)**

#### Résultats

L'autonomie décisionnelle au travail varie selon certaines caractéristiques sociodémographiques : une plus grande proportion de travailleurs rapportant un niveau élevé d'autonomie décisionnelle est observée chez les 45-64 ans, chez les hommes, chez ceux avec un niveau de scolarité élevé et chez les professionnels et les cadres supérieurs (graphique 10).




***Graphique 10 - Pourcentage des travailleurs ayant une autonomie décisionnelle au travail « élevée, » selon des caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993***

En outre, la proportion des travailleurs ayant une autonomie élevée augmente avec le nombre d'heures travaillées par semaine, la satisfaction quant à la vie sociale et l'indice de soutien social (tableau 16). Ces associations sont aussi rapportées pour l'ensemble de la province.

## CHAPITRE I - ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993?

| Caractéristiques | Autonomie décisionnelle au travail élevée |
|---|---|
| Nombre d'heures de travail/semaine | |
| <25 | 25 |
| 25-34 | 48 |
| 35-44 | 47 |
| 45+ | 71 |
| Satisfaction quant à la vie sociale | |
| très satisfait | 54 |
| plutôt satisfait | 51 |
| non satisfait | 31 |
| Indice de soutien social | |
| faible | 35 |
| élevé | 52 |

***Tableau 16 - Pourcentage de travailleurs qui rapportent une autonomie décisionnelle au travail « élevée » selon quelques caractéristiques socioéconomiques et de milieu social, Outaouais 1992-1993***

En comparant les répondants et les non-répondants à cette question, quelques différences ont été observées : les non-répondants (14 %) incluent une plus grande proportion d'individus très pauvres, pauvres ou de revenu moyen inférieur, plus de personnes de faible scolarité et plus d'individus âgés de 25 à 44 ans. Par conséquent, il est possible que les résultats présentés ici ne soient pas représentatifs de la population totale des travailleurs et qu'ils aient tendance à surestimer l'autonomie décisionnelle au travail.

### 1.3 Certains comportements de santé propres aux femmes

**Aspects méthodologiques**

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 fournit des renseignements sur l'ampleur du recours à différentes méthodes de dépistage de cancers propres aux femmes: la fréquence à laquelle les femmes pratiquent l'autoexamen des seins (AES), le temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins par un professionnel (ECS), la dernière mammographie et le dernier prélèvement vaginal (test de Pap). En ce qui concerne la prise de médicaments à teneur hormonale, les femmes devaient indiquer si elles prenaient des pilules contraceptives et des hormones et ce, pour quelles raisons.

Des questions à cet effet apparaissaient dans le questionnaire autoadministré remis aux personnes de 15 ans et plus et s'adressaient aux femmes seulement (QAA7 à QAA14). Les mêmes questions figuraient déjà dans l'ESQ 87 selon le même libellé.

**Mammographie**

La proportion des femmes de l'Outaouais qui rapportent avoir eu une mammographie au moins une fois au cours de leur vie a augmenté de 19% à 34% entre 1987 et 1992-1993. Cette proportion a également augmenté dans tous les groupes d'âge, sauf chez les 15-39 ans. L'accroissement du recours à la mammographie dans la région est du même ordre que dans l'ensemble du Québec. Les résultats régionaux et provinciaux de l'enquête 1992-1993 montrent aussi, contre toute attente, que le recours à la mammographie varie peu selon le revenu des femmes. Les résultats régionaux montrent aussi qu'il n'y a pas de différence dans le recours à la mammographie entre les secteurs ruraux et le secteur urbain de l'Outaouais.

La question posée par Santé Québec ne permet pas de distinguer les mammographies faites à des fins de dépistage de celles qui sont prescrites par un médecin pour l'investigation ou le suivi d'une masse ou d'une autre anomalie du sein. Néanmoins, les résultats dans le groupe d'âge des 50-69 ans présentent un intérêt particulier parce que cette population est ciblée par la plupart des programmes de dépistage du cancer du sein. Dans l'Outaouais, la proportion des femmes de ce groupe d'âge qui ont subi au moins une mammographie au cours de leur vie a augmenté de 35% à 68% entre 1987 et 1992-1993. Cependant, il y a encore environ le tiers des femmes de 50 à 69 ans qui n'ont jamais eu de mammographie.

Dans la majorité des programmes de dépistage du cancer du sein destinés aux femmes de 50 à 69 ans, l'intervalle recommandé entre deux mammographies est de deux ans. Or, seulement 54% des femmes de l'Outaouais appartenant à ce groupe d'âge rapportent avoir eu une mammographie au cours des deux années précédant l'enquête (tableau 17). Ce pourcentage est cependant deux fois plus élevé qu'en 1987 et similaire à celui observé dans l'ensemble du Québec.

## CHAPITRE I - ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993?

| Dernière mammographie | Outaouais 1987 | Outaouais 1992-1993 | Ensemble du Québec 1992-1993 |
|---|---|---|---|
| ≤ 2 ans | 23* | 54* | 50 |
| > 2 ans | 11 | 14 | 21 |
| Jamais | 65* | 32* | 30 |

***Tableau 17 - Temps écoulé depuis la dernière mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993***

### Auto-examen des seins

Les résultats présentés au tableau 18 montrent que depuis 1987 la proportion des femmes de l'Outaouais qui pratiquent l'auto-examen des seins au moins une fois par mois a diminué de 30% à 25%. Par contre, le pourcentage de celles qui ne pratiquent jamais l'auto-examen a également diminué. En général, la pratique de l'AES dans la région est représentative de celle observée dans l'ensemble du Québec.

| Fréquence de l'auto-examen des seins (AES) | Outaouais 1987 | Outaouais 1992-1993 | Ensemble du Québec 1992-1993 |
|---|---|---|---|
| 1 fois/mois | 30 | 25 | 24 |
| 1 fois/2 ou 3 mois | 19 | 23 | 22 |
| Moins souvent | 21 | 26 | 26 |
| Jamais | 30 | 26 | 29 |

***Tableau 18 - Fréquence de l'auto-examen des seins (AES), population féminine de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993***

En Outaouais comme dans l'ensemble de la province, les femmes âgées de 65 ans et plus sont celles qui pratiquent l'AES le plus fréquemment. Comparativement aux résultats de 1987, la proportion des femmes de ce groupe d'âge qui n'ont jamais pratiqué l'AES a diminué de 40% à 22%. À l'opposé, les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont celles qui pratiquent le moins souvent l'auto-examen des seins.

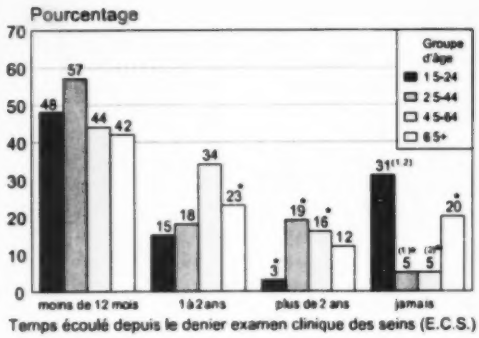
### Examen clinique des seins

Comme en 1987, environ la moitié des répondantes âgées de 15 ans et plus, tant en Outaouais qu'au Québec, rapportent qu'elles ont eu au moins un examen clinique des seins (ECS) au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Cette proportion atteint les deux tiers pour les deux années précédant l'enquête (tableau 19).

| Dernier ECS | Outaouais 1987 | Outaouais 1992-1993 | Ensemble du Québec 1992-1993 |
|---|---|---|---|
| Moins de 12 mois | 49 | 51 | 47,4 |
| 1 à 2 ans | 18 | 22 | 20,0 |
| Plus de 2 ans | 17 | 15 | 17,2 |
| Jamais | 13 | 11 | 13,7 |

***Tableau 19 - Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (ECS), population féminine de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993***

La fréquence de L'ECS varie avec l'âge. Chez les 25-44 ans, 57% des répondantes ont eu un examen dans les 12 mois précédant l'enquête. À l'inverse, le groupe des 15-24 ans est celui où l'on retrouve le pourcentage le plus grand de femmes n'ayant jamais eu d'examen clinique des seins par un professionnel de la santé (31%) (graphique 11).




***Graphique 11 - Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins , selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993***

En général, il semble que l'examen clinique des seins soit effectué plus fréquemment chez les femmes plus scolarisées et ayant un revenu élevé (tableau 20).

## CHAPITRE I - ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993?

| Revenu/Scolarité | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Niveau de revenu** | | | | |
| pauvre, très pauvre | 44 | 23 | 13 | 17 |
| moyen inférieur | 46 | 19 | 16 | 16 |
| moy. supérieur et supérieur | 55 | 23 | 15 | 7 |
| **Niveau de scolarité** | | | | |
| bas | 44 | 24 | 14 | 15 |
| élevé | 55 | 21 | 15 | 8 |

***Tableau 20 - Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (ECS), selon le niveau de revenu et la scolarité, population féminine de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993***

### Test de Papanicolaou (Pap)

Dans l'Outaouais, plus de la moitié des femmes âgées de 15 ans et plus ont subi un test de Pap au cours des 12 mois précédant l'enquête (tableau 21). Cette proportion n'a pas augmenté de façon significative depuis 1987 et est similaire à celle observée dans l'ensemble du Québec.

| Temps écoulé | Outaouais 1987 | Outaouais 1992-1993 | Ensemble du Québec 1992-1993 |
|---|---|---|---|
| Moins de 12 mois | 47 | 53 | 47 |
| 1 à 2 ans | 18 | 22 | 19 |
| Plus de 2 ans | 19 | 16 | 21 |
| Jamais | 12 | 8 | 11 |

***Tableau 21 - Temps écoulé depuis le dernier test de Pap, population féminine de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993***

La petite taille de l'échantillon régional ne nous permet pas d'évaluer s'il existe une association entre l'âge des femmes et le test de Pap. Cependant, les résultats suggèrent certaines tendances. Ainsi, les femmes ayant eu un test de Pap au cours des 12 mois précédant l'enquête se retrouvent davantage chez les 15-44 ans. En revanche, le sous-groupe des 15-24 ans et celui des 60 ans et plus sont ceux où on retrouve la proportion la plus élevée de femmes n'ayant jamais subi le test.

Au niveau de la province, les répondantes qui disent n'avoir jamais subi le test de Pap se retrouvent davantage en milieu rural et parmi les femmes pauvres et moins scolarisées. Les résultats régionaux de l'enquête révèlent des tendances similaires.

### Contraceptifs oraux ou anovulants

Le pourcentage de femmes âgées de 15 ans et plus qui rapportent l'utilisation de contraceptifs oraux est identique en Outaouais et au Québec, soit 13 %. Comparativement à 1987, la popularité de la « pilule » comme moyen de contraception reste stable. Son utilisation diminue nettement avec l'âge : 45 % des jeunes femmes de 15 à 24 ans disent l'utiliser, comparativement à 11 % chez les 25 à 44 ans et à moins de 1 % chez les 45 à 64 ans.

La prise de contraceptifs oraux, lorsque combinée à l'usage du tabac, est associée à un risque élevé de complications cardiovasculaires. Or, les données tant régionales que provinciales indiquent que plus du tiers des utilisatrices de contraceptifs oraux fument la cigarette.

Les femmes qui prennent des contraceptifs oraux ont tendance à être soumises à une surveillance clinique plus étroite, probablement parce qu'elles sont dans l'obligation de consulter un médecin périodiquement. Effectivement, 81% des femmes qui prennent la « pilule » rapportent avoir eu un test de Pap au cours des 12 mois précédant l'enquête, comparativement à 48% des non-utilisatrices.

### Hormones à la ménopause

Comme les hormones sont surtout prescrites lors de la ménopause, leur taux d'utilisation est plus élevé chez les 45-64 ans (29 %) et plus faible chez les femmes de moins de 45 ans et de 65 ans ou plus (10% ou moins). Ces résultats sont semblables à ceux du Québec mais ils apparaissent plus élevés que ceux de 1987. Seulement 22 % des femmes de 45 à 64 ans de la région avaient alors rapporté l'utilisation d'hormones. ■


*internet :* *courriel :*

## CHAPITRE I - ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993?

### 2. ETAT DE SANTE

### 2.1 Perception de l'état de santé

#### Aspects méthodologiques

La perception de l'état de santé constitue un indicateur important de l'état de santé de la population. Des études montrent que la perception de l'état de santé est associée non seulement à la morbidité déclarée, sous forme de symptômes ou de maladies aiguës ou chroniques mais également à la morbidité diagnostiquée.

Dans la présente enquête, celle-ci a été évaluée à partir de la question 1 du questionnaire autoadministré : « Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général excellente, très bonne, bonne, moyenne ou mauvaise? ». Cette question a été utilisée dans plusieurs enquêtes de santé incluant l'enquête Santé Québec 1987.

**(Levasseur, 1995)**

#### Résultats

Un résident de l'Outaouais sur deux qualifie son état de santé d'excellent ou de très bon. Seulement 11 % de la population juge son état de santé comme moyen ou comme mauvais. Ces résultats sont semblables à ceux de l'ensemble du Québec (tableau 22).

| Perception de l'etatde santé | Outaouais 1987 | Outaouais 1992-1993 | Ensemble du Québec 1992-1993 |
|---|---|---|---|
| Excellent | 17 | 17 | 18 |
| Très bon | 37 | 34 | 34 |
| Bon | 32 | 39 | 37 |
| Moyen | 11 | 9 | 9 |
| Mauvais | 2** | 2** | 2 |

***Tableau 22 - Perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993***

Dans le but de faciliter les comparaisons, les réponses à la question sur la perception de l'état de santé ont été regroupées en « perception positive » (excellent, très bon, bon) et « perception négative » (moyen, mauvais). De façon générale, la proportion des résidents de l'Outaouais qui ont une perception positive de leur état de santé diminue avec l'âge mais augmente avec le revenu, le niveau de scolarité, la satisfaction quant à la vie sociale, l'indice de soutien social et la fréquence d'activités physiques de loisir (tableau 23). De plus, les individus ayant une perception positive de leur état de santé se retrouvent davantage chez ceux qui habitent la sous-région urbaine et chez ceux qui ont un poids acceptable. Aucune différence entre les sexes n'a été observée. Ces tendances sont les mêmes que celles rapportées pour l'ensemble du Québec. Lorsqu'on compare les résultats de la présente enquête à celle de 1987, aucune différence ne ressort quant à la proportion d'individus qui ont une perception positive de leur état de santé.

| Caractéristiques | Perception positive de l'état de santé * |
|---|---|
| Âge | |
| 15 à 24 | 93 |
| 25 à 44 | 95 |
| 45 à 64 | 85 * |
| 65 + | 72 * |
| Sous-région | |
| urbaine | 91 |
| rurale | 83 |
| Niveau de revenu | |
| très pauvre/pauvre | 76 |
| moyen inférieur | 90 |
| moyen supérieur/supérieur | 92 |
| Scolarité relative | |
| faible | 86 |
| élevée | 92 |
| Satisfaction quant à la vie sociale | |
| très satisfait | 93 |
| plutôt satisfait | 90 |
| non satisfais | 81 |
| Indice de soutien social | |
| faible | 85 |
| élevée | 91 |
| Fréquence d'activités physiques de loisir | |
| 3/mois et moins | 86 |
| 1 ou 2/semaine | 93 |
| 3+/semaine et plus | 94 |
| Indice de masse corporelle (IMC) | |
| poids insuffisant | 88 |
| poids acceptable | 92 |
| excès de poids | 84 |

***Tableau 23 - Pourcentage de résidents de l'Outaouais ayant une perception positive de leur état de santé selon quelques caractéristiques socio-démographiques, le milieu social et les habitudes de vie, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993***

## CHAPITRE I - ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993?

### 2.2 Santé mentale

#### 2.2.1 Détresse psychologique

**Aspects méthodologiques**

L'indice de détresse psychologique avait été utilisé lors de l'enquête 1987 pour estimer l'état de santé mentale de la population. Cet indice de détresse psychologique ne mesure pas de diagnostics précis mais tente plutôt d'estimer la proportion de la population ayant des symptômes assez nombreux ou intenses pour se classer dans un groupe très probablement à risque d'être à un niveau de détresse psychologique qui nécessite une intervention.

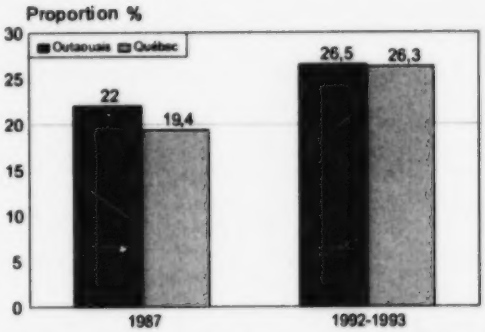
**(Radlof 1977)**

L'indice de détresse psychologique de Santé Québec comprend 14 questions (QAA68 à 81) situées à la section V « Divers problèmes personnels » du questionnaire auto-administré. Ces questions avaient été utilisées lors de l'enquête Santé Québec 1987 permettant ainsi une comparaison de l'indice entre les deux enquêtes de 1987 et 1992-1993. Elles font référence à la semaine précédant l'enquête et portent sur la fréquence de divers symptômes ressentis associés aux états dépressifs, aux états anxieux, aux troubles cognitifs et à l'irritabilité. L'indice est élaboré en attribuant un score à chaque réponse, lesquels sont ensuite cumulés et ramenés sur une échelle variant de 0 à 100 points. Ensuite ils sont subdivisés en deux catégories correspondant à un niveau faible ou élevé de détresse psychologique. La catégories élevées de cette échelle est déterminée en utilisant le même seuil que le quintile supérieur obtenu lors de l'enquête Santé Québec 1987.

**(Légaré, Lebeau, 1995)**

**Résultats**

Comme au Québec, la proportion d'individus de la région ayant un niveau « élevé » à l'indice de détresse psychologique est de 27 %. Ceci représente une augmentation comparativement à ce qui a été observé en 1987 dans la région (22 %) et au Québec (19 %) (graphique 12).




***Graphique 12 - Proportion de personnes présentant un haut niveau de détresse psychologique, Outaouais, Québec, 1987, 1992-1993***

En général, un niveau « élevé » de détresse psychologique est observé plus fréquemment chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les femmes, les individus moins scolarisés et chez les personnes très pauvres ou pauvres. L'environnement social est également associé à un niveau « élevé » de détresse psychologique : chez ceux qui ne sont pas satisfaits de leur vie sociale et chez ceux qui ont un soutien social faible, on observe un pourcentage plus élevé d'individus ayant un niveau « élevé » de détresse psychologique. De plus, les personnes sans conjoint rapportent plus souvent un niveau « élevé » de détresse psychologique que celles qui en ont un. Enfin, la proportion de ceux qui rapportent un niveau « élevé » de détresse psychologique varie selon la perception de l'état de santé (tableau 24).

Les résultats révèlent également qu'un niveau élevé de détresse psychologique peut affecter la vie familiale, professionnelle ou sentimentale des individus. Ainsi, les personnes rapportant un niveau élevé de détresse psychologique déclarent plus souvent être affectées dans un secteur de leur vie que celles dont le niveau de détresse est moindre (tableau 25). De plus, ces personnes consultent plus fréquemment un médecin ou un autre professionnel en relation avec les symptômes associés à la détresse psychologique.

## CHAPITRE I - ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993?

| Caractéristiques | [illegible] |
|---|---|
| **Âge** | |
| 15 à 24 | 41 |
| 25 à 44 | 25 |
| 45 à 64 | 24 |
| 65 + | 16 |
| **Sexe** | |
| Hommes | 22 |
| Femmes | 31 |
| **Niveau de scolarité** | |
| bas | 31 |
| élevé | 23 |
| **Niveau de revenu** | |
| très pauvre/pauvre | 30 |
| moyen inférieur | 26 |
| moyen supérieur/supérieur | 26 |
| **Satisfaction quant à la vie sociale** | |
| très satisfait | 11 |
| plutôt satisfait | 29 |
| non satisfait | 57 |
| **Indice de soutien social** | |
| faible | 46 |
| élevée | 27 |
| **État matrimonial** | |
| sans conjoint | 35 |
| avec conjoint | 22 |
| **État de santé perçu** | |
| satisfait | 24 |
| non satisfait | 45 |

***Tableau 24 - Pourcentage de résidents de l'Outaouais ayant un niveau « élevé » à l'indice de détresse psychologique selon certaines caractéristiques socioéconomiques, le milieu social et la perception de l'état de santé, population âgée de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993***

| Types de conséquences | [illegible] | |
|---|---|---|
| **Secteur de la vie affecté** | | |
| Vie familiale/sentimentale | 18 | 57 |
| Travail ou études | 9 | 37 |
| Activités sociales | 8 | 38 |
| Recours à une aide extérieure | 3 | 20 |

***Tableau 25 - Types de conséquences selon l'indice de détresse psychologique, personnes de 15 ans et plus ayant mentionné au moins une manifestation de l'échelle de détresse psychologique, Outaouais 1992-1993***

### 2.2.2 Idées suicidaires et parasuicides

**Aspects méthodologiques**

Dans la cadre de la présente enquête, les quatre questions sur les idéations suicidaires et les tentatives de suicide (QAA 88-89-92-93) utilisées dans le cadre de l'enquête Santé Québec 1987 ont été réutilisées. Les questions concernant les idéations suicidaires se lisent comme suit : « Vous est-il déjà arrivé de penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider (à vous enlever la vie) ? ». Une autre question demande : « Avez-vous déjà fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie) ? ». Dans le cas d'une réponse positive, le répondant doit indiquer si cela s'était produit au cours des 12 derniers mois. Cette approche permet d'estimer la prévalence des idéations suicidaires et des parasuicides, c'est-à-dire l'ensemble des gestes suicidaires qui ne conduisent pas à la mort, au cours des 12 mois avant l'enquête et au cours de la vie. L'information concernant la dernière année apparaît plus pertinente puisqu'elle fait référence à des événements récents.

**(Boyer, St-Laurent, 1995)**

**Résultats**

Huit pour cent (8 %) des individus de l'Outaouais rapportent qu'ils ont déjà pensé sérieusement à se suicider au cours de leur vie. Par ailleurs, 4 % des répondants y avaient pensé au cours des 12 mois précédant l'enquête; les deux tiers de ces personnes avaient même prévu un moyen pour attenter à leurs jours. Quant aux tentatives de suicide, elles sont légèrement moins fréquentes : environ 5 % des individus ont tenté de se suicider au cours de leur vie et moins de 1 % l'ont fait au cours des 12 mois précédant l'enquête. Tous ces résultats sont semblables à ceux observés en 1987 et à ceux de l'ensemble du Québec en 1992-1993 (tableau 26).

## CHAPITRE I - ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993?

| Idées suicidaires/ parasuicides/ moyen | | | |
|---|---|---|---|
| Présence d'idée suicidaire à vie | 8 3 | 8 4 | 8 4 |
| Tentatives suicidaire à vie | 4 0,8** | 5 0,5** | 1 0,6 |

***Tableau 26 - Présence d'idées suicidaires, parasuicides au cours de la vie et au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et moyen envisagé pour attenter à ses jours au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, population de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993***

La prévalence des tentatives de suicide et des idées suicidaires ne varie pas selon le sexe, mais elle est plus élevée chez les personnes jeunes. Par exemple, 10 % des 15-24 ans ont pensé à s'enlever la vie au cours des 12 mois précédant l'enquête, comparativement à 3 % des 25-44 ans et à 2 % des personnes de 45 ans et plus. L'idéation suicidaire au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête est associée à un faible niveau de soutien social. Ainsi, parmi les personnes ayant manifesté des idées suicidaires, 43 % mentionnent un faible soutien social, comparativement à 18 % chez les personnes sans idées suicidaires.

### 2.3 Santé physique

#### 2.3.1 Accidents avec blessures

**Aspects méthodologiques**

Les accidents avec blessures peuvent être définis de plusieurs façons, selon les diverses conséquences qu'ils entraînent. Pour les analyses régionales, trois indicateurs ont été utilisés pour l'évaluation des accidents avec blessures :

1. « Personnes victimes d'un accident avec blessures au cours des 12 mois précédant l'enquête, ayant entraîné une limitation d'activités. »(QRI132) Utilisé dans plusieurs enquêtes, cet indicateur a été retenu notamment pour permettre certaines comparaisons avec l'enquête Santé Québec de 1987.

2. « Personnes victimes d'un accident avec blessures au cours des 12 mois précédant l'enquête, ayant entraîné une consultation médicale. » (QRI133)

3. « Personnes victimes d'un accident avec blessures au cours des 12 mois précédant l'enquête, ayant entraîné une limitation d'activités ou une consultation médicale .» (QRI132-133). Cet indicateur fait référence à une définition plus large des accidents avec blessures.

**(Robitaille, Régnier, Pless, 1995)**

**Résultats**

Plus de 90 % des hommes et des femmes de 15 ans et plus résidant en Outaouais ne rapportent aucun accident avec blessures dans les 12 mois précédant l'enquête. Huit pour cent (8 %) rapportent un seul événement, 1 % en rapportent deux ou trois, et moins de 1 % en rapportent plus de trois. Les accidents avec blessures sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.

Par ailleurs, 9 % des personnes de l'Outaouais disent avoir eu un accident ayant entraîné une limitation des activités normales au cours des 12 mois précédant l'enquête. Cette proportion, compte tenu du petit nombre d'événements rapportés, est similaire à celle rapportée en 1987 (6 %). La proportion des personnes qui disent avoir eu un accident ayant entraîné une consultation médicale est de 8,5 %, un pourcentage similaire à celui du Québec.

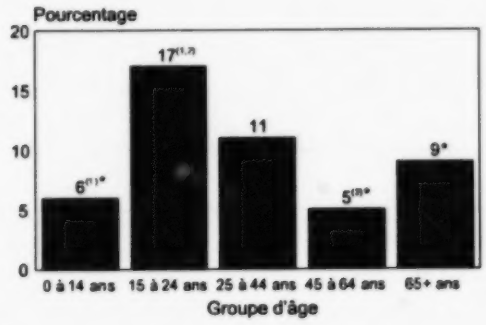
De plus, environ une personne sur 10 a rapporté avoir eu un accident ayant entraîné une limitation d'activités et/ou une consultation médicale. Ces résultats sont similaires à ceux observés dans l'ensemble de la province.

| Conséquences | | | |
|---|---|---|---|
| Une limitation | 11 | 7 | 9 |
| Une consultation | 10 | 7 | 9 |
| Une limitation et/ou consultation | 11* | 8* | 10 |

***Tableau 27 - Conséquences des accidents avec blessures, selon le sexe, population totale, Outaouais 1992-1993***

La fréquence des accidents avec blessures varie considérablement en fonction de l'âge. Les 15-24 ans sont plus souvent victimes d'accidents entraînant une limitation ou une consultation médicale (Graphique 13).

## CHAPITRE I - ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993?




***Graphique 13 - Accidents avec blessures ayant entraîné une limitation et/ou une consultation, selon l'âge, population totale, Outaouais 1992-1993***

Les accidents avec blessures surviennent plus fréquemment à la maison (32 %), et plus souvent à l'intérieur qu'à l'extérieur de celle-ci. Les autres lieux où les accidents sont les plus fréquents sont ceux destinés à la pratique de sports ou de loisirs et les lieux de travail. De façon générale, ces résultats sont semblables à ceux du Québec (tableau 28).

| Lieu | Outaouais 1992-1993 | | Ensemble du Québec 1992-93 | |
|---|---|---|---|---|
| | victimes d'accident | d'accidents | victimes d'accident | d'accidents |
| Au travail | 1,9 | 18 | 2,1 | 25 |
| À l'école | 0,8 | 8 | 0,4 | 5 |
| Sur la route | 0,8 | 8 | 0,8 | 9 |
| Dans un lieu de sport/loisir | 2,2 | 21 | 1,6 | 19 |
| Dans un lieu public | 1,1 | 1,1 | 0,8 | 10 |
| À la maison<br>intérieur<br>extérieur<br>total | 2,2<br>1,1<br>3,3 | 21<br>11<br>32 | 1,5<br>1,1<br>2,6 | 18<br>13<br>31 |
| Autres | 0,2 | 2 | 0,1 | 1 |
| Total | | 100 | | 100 |

***Tableau 28 - Victimes d'accidents avec blessures et accidents avec blessures ayant entraîné une limitation et/ou une consultation médicale selon le lieu, population totale, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993***

### 2.3.2 Autonomie fonctionnelle et incapacité

#### Perte d'autonomie fonctionnelle à long terme

**Aspects méthodologiques**

L'analyse de la perte d'autonomie fonctionnelle à long terme est analysée en deux temps. Tout d'abord, les limitations d'activité (QRI12a, 12b, 13, 14, 18, 19, 20), la dépendance pour les soins personnels ou les activités instrumentales (QRI21, 22, 23a, 23b) et les restrictions de mobilité (QRI10, 11) sont abordées séparément pour en estimer la prévalence. Ensuite une échelle d'autonomie fonctionnelle à long terme intègre ces trois aspects et classe les individus selon les niveaux hiérarchiques de perte d'autonomie sui-vants: dépendance pour les soins personnels, dépendance pour les activités instrumentales, incapacité de faire une activité principale, aucune perte d'autonomie fonctionnelle à long terme. Une variable dichotomique d'autonomie fonctionnelle classifie les personnes comme « limitées ou dépendantes, » ou « ni limitées, ni dépendantes ».

**(Wilkins, Rochon, Lafontaine, 1995)**

**Résultats**

Dans l'Outaouais, 9 % de la population, tous âges confondus, vit avec une perte d'autonomie fonctionnelle à long terme, soit une proportion semblable à celle observée dans l'ensemble du Québec.

Comparativement aux résultats de 1987, il semble que la prévalence de la perte d'autonomie soit en augmentation au Québec, en conformité avec la tendance révélée par d'autres études canadiennes. Les résultats de l'Outaouais, compte tenu de la taille de l'échantillon régional, s'inscrivent probablement dans cette tendance.

Les raisons rapportées pour le manque d'autonomie fonctionnelle sont surtout « la dépendance pour les soins instrumentaux » (30 %), « l'incapacité de faire l'activité principale » (17 %) et « la dépendance pour les soins personnels » (11 %). Plus de 40 % des répondants disent avoir « d'autres limitations », sans qu'on puisse les préciser davantage.

De façon générale, la fréquence de la perte d'autonomie augmente avec l'âge. La proportion des individus dépendants ou présentant une limitation fonctionnelle passe graduellement de 5 % chez les 0-24 ans, à 25 % chez les 65 ans et plus.


*internet :* *courriel :*

## CHAPITRE I - ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993?

### Journées d'incapacité de courte et de longue durée

#### Aspects méthodologiques

Elles correspondent aux journées d'alitement, d'incapacité par rapport à une activité principale et de restriction des activités habituelles (QRI1 à QRI7). La moyenne annuelle du nombre de journées d'incapacité par personnes a été calculée en multipliant par 26 le nombre de journées d'incapacité dans les activités au cours des deux dernières semaines. Puisque le nombre de journées d'incapacité fluctue selon la saison, et puisque les interviews avaient lieu tout au long de l'année, certaines personnes ont été interviewées en hiver, lorsque les journées d'incapacité sont plus fréquentes, et d'autres personnes l'ont été en été, lorsqu'elles sont moins fréquentes. La moyenne annuelle s'applique donc uniquement aux groupes de personnes, et non aux individus. Les données ne permettent pas de dire quelle proportion de la population connaissent au moins une journée d'incapacité au cours de l'année. En plus du nombre total de journées d'incapacité, plusieurs niveaux d'incapacité ont été évalués: lourde (la personne est obligée de garder le lit toute la journée, ou presque), modérée (incapable de faire son activité principale), et légère (la personne a dû modérer ses activités).

**(Wilkins, Rochon, Lafontaine , 1995)**

#### Résultats

Les hommes et les femmes de l'Outaouais rapportent moins de journées d'incapacité (total et d'alitement) en 1992 qu'en 1987 (tableau 29). Cette diminution a été plus marquée chez les femmes. Cependant, comparativement à la population québécoise, celle de l'Outaouais rapporte beaucoup plus de journées d'incapacité de tous les types (20 jours contre 15,4 jours pour le Québec) et un peu plus de journées d'alitement (quatre jours contre 3,1 jours pour le Québec).

La tendance à la baisse dans le nombre de jours d'incapacité rapporté est observée dans tous les groupes d'âge, sauf chez les 0-24 ans. Le nombre moyen de jours d'incapacité augmente avec l'âge, tant en Outaouais que dans l'ensemble du Québec (tableau 30) ■

| Sexe | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| Hommes | 20 | 19 | 13 | 4 | 3 | 2 |
| Femmes | 24 | 20 | 17 | 6 | 4 | 4 |
| Total | 22 | 20 | 15 | 5 | 4 | 3 |

***Tableau 29 - Journées d'incapacité et journées d'alitement (moyenne annuelle par personne), selon le sexe, population totale, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993***

| Groupe d'âge | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| 0 à 14 ans | 7 | 9 | 7 | 1 | 4 | 2 |
| 15 à 24 ans | 11 | 14 | 8 | 5 | 4 | 2 |
| 25 à 44 ans | 23 | 21 | 15 | 4 | 3 | 3 |
| 45 à 64 ans | 30 | 27 | 21 | 7 | 4 | 3 |
| 65 à 75 ans | 51 | 37 | 30 | 10 | 2 | 6 |
| 75+ ans | 63 | 47 | 40 | 17 | 6 | 8 |

***Tableau 30 - Journées d'incapacité (total) et journées d'alitement (moyenne annuelle par personne), selon l'âge, population totale, Outaouais 1987,1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993***

## 3. CONSÉQUENCES

### 3.1 Consommation de médicaments

#### Aspects méthodologiques

Dans le cadre de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, les renseignements relatifs à l'utilisation des médicaments ont été récoltés au moyen du questionnaire administré par l'intervieweur (QRI89 à QRI130). La principale question posée était la suivante: « Hier ou avant-hier, est-ce que quelqu'un du foyer a fait usage des produits suivants? » Treize classes de substances médicamenteuses étaient ensuite énumérées. Les catégories utilisées en 1992-1993 sont identiques à celles de l'enquête Santé Québec 1987 (Santé Québec 1988) et similaires à celles de l'enquête Santé Canada 1978-1979 (Santé et Bien-être social Canada, 1981).


*internet :* *courriel :*

## CHAPITRE I - ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993?

Dès que le répondant rapportait l'utilisation d'un médicament, celui-ci devait être identifié en recourant si nécessaire à l'étiquette du produit. En outre, le répondant devait indiquer s'il avait été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste, à quelle fréquence il était utilisé, depuis combien de temps et pour quel problème de santé. Sauf pour la durée, les questions posées en 1992-1993 sont les mêmes que celles de l'enquête de 1987.

À des fins de simplicité, les médicaments obtenus sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste sont désignés dans le texte par l'expression « médicaments prescrits », qu'il y ait eu ou non rédaction explicite d'une ordonnance. Un médicament non-prescrit est un médicament qui n'est pas pris sur avis ou sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste.

**(Laurier, Poirier, Gauthier, 1995)**

### Résultats

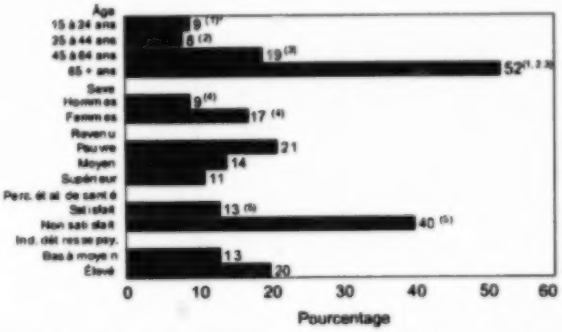
### Utilisation de médicaments dans la population

Depuis l'enquête Santé Québec 1987, la proportion de la population de l'Outaouais ayant consommé au moins un médicament pendant les deux jours précédant l'enquête est passée de 47 % à 53 %. L'augmentation la plus importante est observée pour les médicaments non prescrits (tableau 31). Il faut cependant mentionner que les médicaments non prescrits incluent les vitamines, les minéraux et les suppléments alimentaires comme la levure de bière, les algues, la poudre d'os, etc., ainsi que « tout autre médicament » consommé sans avis explicite d'un médecin ou d'un dentiste.

| | Outaouais 1987 % | Outaouais 1992-1993 % | Ensemble du Québec 1992-1993 % |
|---|---|---|---|
| au moins un | 47 | 53 | 52 |
| médicament prescrit | 30 | 32 | 31 |
| médicament non-prescrit | 27 | 33 | 31 |

***Tableau 31 - Consommation d'au moins un médicament, population totale, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993***

Les consommateurs de médicaments se retrouvent davantage chez les personnes plus âgées et chez les femmes. La consommation de trois médicaments et plus est associée à un revenu faible, à une plus grande insatisfaction quant à sa santé et à un niveau de détresse psychologique élevé (graphique 14). Les facteurs associés à la consommation de médicaments prescrits et non-prescrits sont identiques.




***Graphique 14 - Pourcentage des personnes ayant consommé trois médicaments et plus au cours des deux jours précédant l'enquête, selon des caractéristiques socioéconomiques et des indicateurs de santé, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993***

Comparativement aux résultats de 1987, la distribution des répondants selon le nombre de classes de médicaments consommés est similaire. Trente pour cent (30 %) des répondants ont pris une seule classe de médicaments, 13 % deux classes et 10% plus de deux classes de médicaments. Encore une fois les comparaisons selon le sexe suggèrent que les femmes consomment davantage. La proportion de femmes qui ont pris deux classes de médicaments est plus élevée que chez les hommes. La proportion de femmes qui en ont consommé trois ou quatre et plus tend aussi à être plus élevée.

### Médicaments consommés

Comme en 1987, les médicaments les plus fréquemment utilisés sont les vitamines, qui représentent à elles seules environ le quart de tous les médicaments consommés. Les analgésiques, les médicaments pour le coeur et les remèdes contre la toux ou le rhume viennent ensuite en ordre décroissant. Les résultats de l'Outaouais et du Québec sont semblables, à l'exception de la consommation de médicaments pour le coeur et pour l'hypertension, qui est moins élevée dans l'Outaouais, et de la consommation de remèdes contre la toux ou le rhume, qui est plus élevée (tableau 32).

## CHAPITRE I - ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993?

| Classes de médicaments | [illegible] | [illegible] |
|---|---|---|
| Vitamines | 27 | 25 |
| Analgésiques | 15 | 14 |
| Médicaments pour le coeur et l'hypertension | 10 | 13 |
| Remède contre la toux ou le rhume | 7* | 5* |
| Onguents pour la peau | 5 | 5 |
| Médicaments pour l'estomac | 4 | 3 |
| Suppléments | 4 | 4 |
| Pilule contraceptive | 4 | 4 |
| Tranquillisants | 3 | 5 |
| Antibiotiques | 3 | 2 |
| Laxatifs | 1** | 1 |
| Stimulants | 0,5** | 0,7 |
| Autres | 17 | 18 |

***Tableau 32 - Fréquence d'utilisateurs des différents types de médicaments parmi la population ayant consommé au moins un médicament, population totale, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993***

### 3.2 Recours aux services sociaux et de santé

#### Aspects méthodologiques

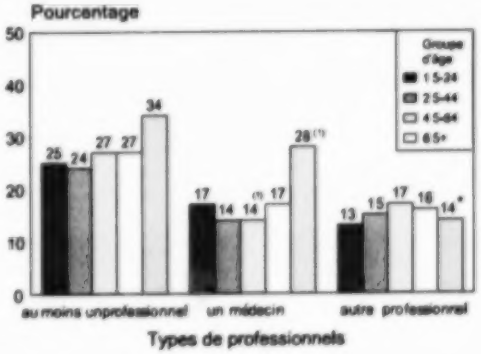
Le recours aux professionnels de la santé est mesuré par le fait d'avoir consulté ou non un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'enquête. A ces informations sur chacun des types de professionnels consulté au cours des deux semaines précédant l'enquête s'ajoutent des informations sur le lieu et le motif de la dernière consultation auprès d'un professionnel.

La formulation des questions sur la consultation ou non d'un professionnel de la santé est la même dans l'ESS 1992-1993 et dans l'ESQ 87. Toutefois, contrairement à l'ESS, l'ESQ 87 demandait spécifiquement s'il y avait eu consultation auprès d'un chiropraticien et d'un acupuncteur. Dans l'ESS 1992-1993, ceux-ci sont inclus, comme les sages-femmes, les naturopathes, les ostéopathes et les homéopathes, dans la catégorie « praticien de médecine non traditionnelle » qui n'existait pas dans l'ESQ 87. Les diététiciens ont également été ajoutés comme catégorie de professionnels consultés alors qu'ils étaient inclus dans la catégorie « autres professionnels » en 1987. Ces modifications rendent donc difficiles les comparaisons entre ces résultats de 1987 et de 1992-1993 en ce qui concerne toutes ces catégories de professionnels. Ceci expliquera aussi une partie de l'écart entre le taux global de consultation des deux enquêtes.

**(Fournier, Piché, Côté, 1995)**

#### Résultats

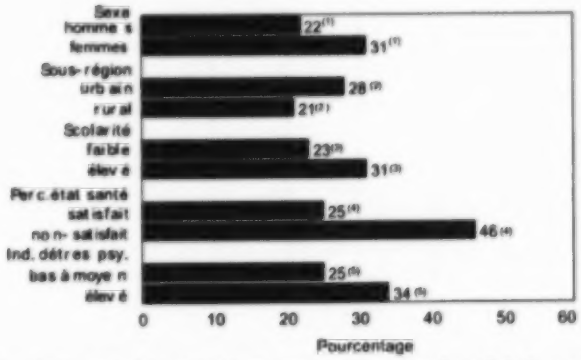
Pendant les deux semaines précédant l'enquête, 27 % de la population de l'Outaouais a consulté au moins un professionnel de la santé; 16 % des gens ont vu un médecin tandis que 15 % ont vu un professionnel non médecin. En général, la fréquence du recours aux services augmente avec l'âge. Cependant, la consultation d'un professionnel non médecin tend à être plus fréquente chez les 25-44 ans (graphique 15).




***Graphique 15 - Consultation d'au moins un professionnel de la santé, selon l'âge, population totale, Outaouais 1992-1993***

La fréquence des consultations est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (graphique 16) et les utilisateurs se retrouvent en proportion plus grande chez les plus scolarisés, chez ceux qui ont une mauvaise perception de leur santé et chez les personnes présentant un niveau élevé de détresse psychologique. Le fait d'avoir vu au moins un professionnel de la santé dans les deux semaines précédant l'enquête est aussi associé à la résidence en milieu urbain. Les mêmes tendances sont observées dans l'ensemble de la province.

## CHAPITRE I - ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993?




***Graphique 16 - Consultation d'au moins un professionnel de la santé selon des caractéristiques démographiques et des indicateurs de santé, population totale, Outaouais 1992-1993***

Parmi les personnes qui rapportent avoir consulté au cours des deux semaines précédant l'enquête, la majorité (73 %) ont consulté une fois et 27 % ont consulté deux fois. Pour 26 % de ceux qui ont consulté, le motif de la visite au professionnel était la « prévention. » Ce motif était plus fréquemment mentionné par les femmes que par les hommes (32 % contre 17 %). Les consultations ont surtout lieu en cabinet privé (70 %), et moins souvent en clinique externe (13 %) ou à l'urgence d'un hôpital (4 %).

En général, les professionnels les plus consultés sont les médecins généralistes, suivis des médecins spécialistes et des dentistes (tableau 33).

| Types de professionnels | Outaouais 1992-1993 | Ensemble du Québec 1992-1993 |
|---|---|---|
| Médecin généraliste | 12 | 11 |
| Médecin spécialiste | 6 | 6 |
| Dentiste | 5 | 4 |
| Pharmacien | 3 | 2 |
| Non-traditionnel | 2 | 2 |
| Optométriste | 2 | 2 |
| Infirmier | 2** | 2 |
| Psychologue | 1** | 1 |
| Physiothérapeute ou ergothérapeute | 1** | 1 |
| Travailleur social | 1** | 1 |
| Diététicien | 0,5** | 0,3 |
| Autre | 1** | 1 |

***Tableau 33 - Pourcentage de personnes ayant consulté au moins un professionnel de la santé au cours des deux semaines précédant l'enquête, par types de professionnels, population totale, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993***



*internet :* [illegible] *courriel :* [illegible]

# CHAPITRE II ASPECTS SOCIAUX RELIÉS À LA SANTÉ

## 1. STATUT SOCIOECONOMIQUE ET SANTE

Les résultats des recherches réalisées au cours des dernières années démontrent qu'il existe des écarts importants en matière de santé (gradients sociaux de santé) selon le niveau socioéconomique. Cette section de l'enquête a pour but de préciser la nature du lien entre le statut socioéconomique et la santé. Certaines mesures habituelles de stratification sociale telles que le revenu déclaré et la scolarité ne concernent que quelques-unes des facettes de ce concept en plus de présenter certaines limites. Ainsi, malgré son intérêt, le niveau de revenu ne mesure que la pauvreté pécuniaire. D'autres aspects devraient être considérés pour avoir une idée plus juste et plus complète du statut socioéconomique (Ferland & al., 1995). Afin de mieux refléter l'inégale répartition de la richesse collective québécoise, de nouvelles mesures ont été utilisées. Parmi celles-ci: la perception de sa situation financière, la durée de la pauvreté et l'exclusion du marché du travail.

Les résultats de la présente section se rapportent à ces trois nouvelles variables. Cependant, les relations entre les variables socioéconomiques et l'état de santé ne sont présentées que pour la perception de sa situation financière, puisqu'aucune tendance ne ressort du croisement effectué avec les deux autres variables dans l'analyse régionale, contrairement à ce qu'on observe dans l'analyse provinciale. Cette absence de tendances est peut-être due à la faible taille de l'échantillon régional.

### 1.1 Perception de sa situation financière

#### Aspects méthodologiques

La perception de sa situation financière est construite à partir des réponses obtenues auprès des personnes âgées de 15 ans et plus à la question suivante (QAA-190) : « Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge ? »

> Je me considère à l'aise financièrement.
> Je considère mes revenus suffisants pour répondre à mes besoins fondamentaux ou à ceux de ma famille.
> Je me considère pauvre.
> Je me considère très pauvre.

Cette nouvelle variable, contrairement aux mesures élaborées uniquement à partir des revenus déclarés, devrait tenir compte de certains éléments comme l'endettement, l'entraide, le troc, le travail au noir et l'évasion fiscale.

**(Ferland, Paquet, Lapointe, 1995)**

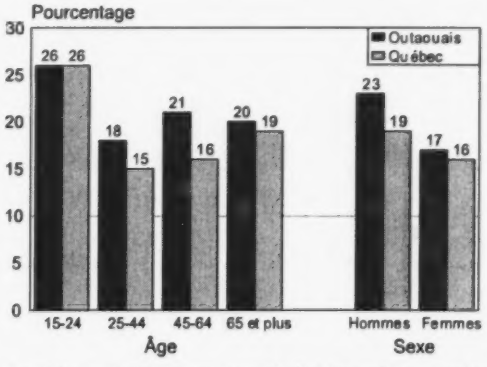
#### Résultats

La perception de sa situation financière est semblable au Québec et en Outaouais : 20 % des personnes se considèrent à l'aise financièrement, 56 % consi-dèrent leur revenu comme étant suffisant et près de 25 % se considèrent pauvres ou très pauvres (tableau 34).

| Perception de la situation financière | Outaouais 1992-1993 | Ensemble du Québec 1992-1993 |
|---|---|---|
| À l'aise | 20 | 18 |
| Suffisant | 56 | 58 |
| Pauvre | 21 | 21 |
| Très pauvre | 3** | 3 |

***Tableau 34 - Perception de la situation financière, population de 15 ans et plus, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993***

Bien que les relations entre la perception de sa situation financière et certaines caractéristiques démographiques ne soient pas statistiquement significatives, on observe que les personnes qui se perçoivent comme étant plus à l'aise financièrement se retrouvent davantage chez les personnes âgées de 15 à 24 ans et chez les hommes (graphique 17).




***Graphique 17 - Pourcentage d'individus qui se perçoivent à l'aise financièrement, selon l'âge et le sexe, Outaouais et Québec 1992-1993***

## CHAPITRE II ASPECTS SOCIAUX RELIÉS À LA SANTÉ

Les résultats de l'ESS pour le Québec et pour l'Outaouais montrent qu'une perception négative de sa situation financière est associée à une perception négative de son état de santé ainsi qu'à un niveau de détresse psychologique élevé (tableau 35).

| | Perception de la situation financière | | | |
|---|---|---|---|---|
| | à l'aise | suffisant | pauvre | très pauvre |
| Perception de la santé | | | | |
| satisfait | 91 | 91 | 84 | 77* |
| non satisfait | 9 | 9 | 16 | 23* |
| Indice de détresse psychologique | | | | |
| faible | 78[1] | 76[2] | 64[1,2] | 58* |
| élevé | 16 | 24 | 36 | 42* |

***Tableau 35 - Perception de l'état de santé et indice de détresse psychologique selon la perception de la situation financière, Outaouais 1992-1993***

### 1.2 Durée de la pauvreté perçue

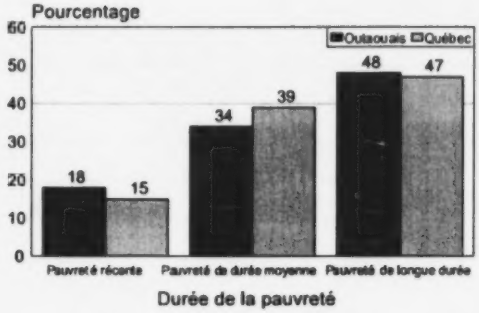
**Aspects méthodologiques**

Dans la présente enquête, la question portant sur la durée de la pauvreté permet de comparer l'état de santé des personnes qui vivent dans une situation de pauvreté chronique à celles des individus pauvres dont la situation est plus transitoire.

Pour déterminer la durée de la pauvreté perçue, les réponses à la question sur la perception de la situation financière personnelle ont été combinées avec les réponses à la question suivante (QAA 191) : « Depuis combien de temps vous percevez-vous dans cette situation ? » Les réponses ont été catégorisées en non-pauvreté, en pauvreté récente (moins de un an), en pauvreté de durée moyenne (de 1 à 5 ans) et en pauvreté de longue durée (plus de 5 ans).

**(Ferland, Paquet, Lapointe, 1995)**

Parmi le quart des résidents de l'Outaouais qui se perçoivent comme pauvres ou très pauvres, près de la moitié se situent dans la catégorie de « pauvreté de longue durée », 34 % appartiennent à la catégorie « pauvreté de durée moyenne » tandis que 18 % appartiennent à celle de « pauvreté récente. » Ces chiffres sont semblables à ceux observés pour l'ensemble du Québec (graphique 18).




***Graphique 18 - Durée de la pauvreté perçue par les personnes pauvres et très pauvres, Outaouais et Québec, 1992-1993***

### 1.3 Exclusion du marché du travail

**Aspects méthodologiques**

L'analyse de l'indice d'exclusion du marché du travail s'applique uniquement aux individus âgés de 15 à 64 ans. L'information est obtenue auprès de la personne de référence du ménage et combine les données de trois questions (QRI147,148 et 159). Le calcul de la période de travail tient compte des vacances. Nous distinguons quatre niveaux d'exclusion: élevé, les personnes qui n'ont jamais travaillé; moyen, les personnes n'ayant pas travaillé pendant l'année précédant l'enquête; faible, les personnes qui ont connu une interruption dans leur travail pendant l'année précédant l'enquête, variant de un jour à onze mois, consécutifs ou non et excluant les vacances ; nul, les personnes qui ont travaillé toute l'année précédant l'enquête.

**(Ferland, Paquet, Lapointe, 1995)**

**Résultats**

En général, le niveau d'intégration au marché du travail est plus élevé dans l'Outaouais que dans l'ensemble du Québec. Soixante-seize pour cent (76 %) des résidents de l'Outaouais sont intégrés au marché du travail (exclusion « nulle » ou « faible »), comparativement à 70 % au Québec. Seulement 7 % de la population de notre région a un niveau « élevé » d'exclusion comparativement à 12 % au Québec (tableau 36). Les femmes et les jeunes de 15 à 24 ans de l'Outaouais sont avantagés comparativement à leurs homologues provinciaux (tableaux 36 et 37).

## CHAPITRE II ASPECTS SOCIAUX RELIÉS À LA SANTÉ

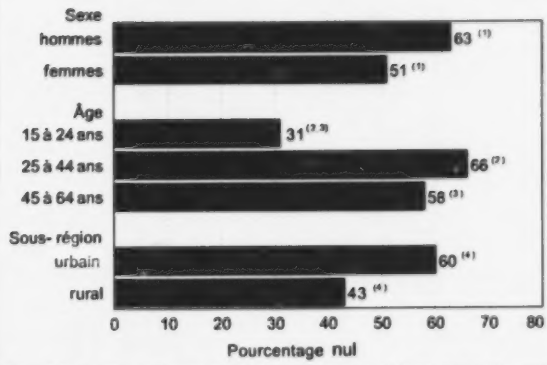
| Niveau d'exclusion | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| Élevé | 9 | 16 | 6 | 9 | 7 | 12 |
| Moyen | 21 | 22 | 13 | 13 | 17 | 18 |
| Faible | 19 | 14 | 18 | 16 | 19 | 15 |
| Nul | 47 | 51 | 63 | 63 | 51 | 57 |

***Tableau 36 - Niveau d'exclusion du marché du travail selon le sexe, population âgée de 15 à 64 ans, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993***

| Niveau d'exclusion | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| Élevé | 25 | 41 | 2 | 3 | 7 | 9 |
| Moyen | 7 | 7 | 14 | 16 | 29 | 28 |
| Faible | 37 | 26 | 18 | 15 | 6 | 9 |
| Nul | 31 | 27 | 66 | 67 | 58 | 54 |

***Tableau 37 - Niveau d'exclusion du marché du travail selon l'âge, population âgée de 15 à 64 ans, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993***

Le niveau d'exclusion du marché du travail varie selon le sexe, l'âge et le lieu de résidence (rural/urbain) (graphique 19). Les personnes qui rapportent avoir travaillé toute l'année précédant l'enquête se retrouvent davantage chez les hommes, les personnes âgées de 25 à 44 ans et les résidents du milieu urbain.




***Graphique 19 - Niveau d'exclusion du marché du travail « nul, » selon les caractéristiques démographiques, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993***

Les personnes qui ont connu une exclusion du marché du travail depuis plus d'un an (niveaux moyen et élevé) rapportent plus fréquemment une insatisfaction quant à leur santé, de même qu'un niveau élevé de détresse psychologique (tableau 38).

| | Niveau d'exclusion du marché du travail | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Élevé | Moyen | Faible | Nul |
| Perception de la santé | | | | |
| satisfait | 87 | 83 | 94 | 94 |
| non satisfait | 13 | 17 | 6 | 6 |
| Indice de détresse psychologique | | | | |
| faible | 64 | 72 | 70 | 75 |
| élevé | 36 | 28 | 30 | 25 |

***Tableau 38 - Perception de l'état de santé et indice de détresse psychologique selon le niveau d'exclusion du marché du travail, Outaouais 1992-1993***

### 2. SANTÉ ET FAMILLE

#### Aspects méthodologiques

Les changements de comportement des individus en matière de conjugalité ont été particulièrement rapides au cours des dernières décennies et ont eu pour effet de modifier passablement la configuration des familles québéquoises. Cette section de l'enquête Santé Québec fournit la répartition des ménages et des familles pour les deux moments de l'enquête (1987 et 1992-93) et décrit à grands traits la santé des individus vivant dans différents types de famille.

On distingue trois types de familles : les familles biparentales « intactes, » les familles monoparentales et les familles recomposées. Pour fins de comparaison avec les travaux antérieurs menés à partir des données de l'enquête Santé Québec 1987, on ne retient que les familles comptant au moins un enfant à charge, c'est-à-dire un enfant âgé de moins de 18 ans.

**(Bernier et al., 1995)**

#### Résultats

#### Portrait des ménages

Le tableau 39 nous indique que la proportion de ménages composés d'une seule personne a diminué en Outaouais entre 1987 et 1992-93 (de 21 % à 16 %), alors


*internet :* *courriel :*

## CHAPITRE II ASPECTS SOCIAUX RELIÉS À LA SANTÉ

qu'elle augmentait au Québec de 19 % à 23 %. Les résultats de la présente enquête indiquent aussi que l'Outaouais a davantage de ménages composés de familles biparentales intactes que le Québec (39 % vs 34 %); au Québec, la proportion de ce type de famille a baissé sensiblement entre les deux enquêtes.

| Types de ménages | Outaouais | | Ensemble du Québec | |
|---|---|---|---|---|
| | 1987 | 1992-1993 | 1987 | 1992-1993 |
| Personne seule | 21[1] | 16[1,2] | 19 | 23[1] |
| Couple sans enfant | 21[1] | 26[1] | 23 | 25 |
| Autre ménage (non familial) | 3 | 5 | 4 | 4 |
| Famille biparentale | 40 | 39[1] | 41 | 34[1] |
| Famille recomposée | 2[1] | 5 | 3 | 4 |
| Famille monoparentale | 13 | 10 | 10 | 10 |
| Autre famille | 0,4[1,2] | 0,4[1,2] | 0,3 | 0,3 |

***Tableau 39 - Types de ménages, population totale, Outaouais et ensemble du Québec, 1987,1992-1993***

### Portrait des familles

Une famille signifie, aux fins de l'enquête, au moins un adulte et un enfant de moins de 18 ans. Nous constatons que la distribution des types de familles dans l'Outaouais ne diffère pas vraiment de celle de l'ensemble du Québec; les familles biparentales intactes sont toujours en majorité. Cependant, depuis l'enquête de 1987, on observe une tendance à la hausse des familles recomposées et une tendance à la baisse des familles biparentales intactes.

| Types de familles | Outaouais 1987 | Outaouais 1992-1993 | Ensemble du Québec 1992-1993 |
|---|---|---|---|
| Biparentale intacte | 80 | 74 | 74 |
| Recomposée | 4 | 9 | 8 |
| Monoparentale | 17 | 17 | 18 |

***Tableau 40 - Types de familles, population totale, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993***

Il y a des différences dans la composition des trois types de familles identifiés dans l'enquête. Le nombre total d'enfants dans chacun des types n'est pas différent mais, de façon générale, les familles biparentales intactes ont davantage d'enfants plus jeunes (entre 0 et 5 ans) tandis que les familles recomposées et monoparentales ont plus d'enfants âgés de 6 à 14 ans. Le niveau de revenu varie aussi selon le type de famille : une plus grande proportion de familles monoparentales et recomposées se retrouvent dans une situation économique moins favorable. Dans ces familles, la proportion de pères qui travaillent tend à être moins élevée que dans les familles biparentales; la tendance contraire est observée chez les mères (tableau 41).

| Types de familles | Mère | Père |
|---|---|---|
| Biparentale intacte | 63 | 88 |
| Recomposée | 73 | 80 |
| Monoparentale | 68 | 81 |

***Tableau 41 - Pourcentage de mères et de pères qui travaillent selon les types de familles, Outaouais 1992-1993***

En termes de santé, seule l'association entre l'usage du tabac et le type de familles était statistiquement significative pour les mères. En général, la proportion de fumeurs réguliers est plus élevée chez les mères de familles recomposées et monoparentales tandis que la proportion d'anciennes fumeuses est plus élevée chez les mères de famille biparentale intacte. Quelques autres tendances observées au Québec suggèrent que les parents de familles biparentales intactes bénéficient d'un meilleur état de santé. Ainsi, la proportion de personnes qui présentent un niveau « élevé » de détresse psychologique tend à être moins élevée dans les familles biparentales intactes que dans les autres types de familles et la perception de leur état de santé semble meilleure. ■

## 3.ABUS DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET SANTÉ

Cette section est consacrée à la consommation abusive d'alcool dans la population. Elle vise à présenter un profil de consommation d'alcool qui permette de rendre compte du niveau de risque de ce comportement pour la santé, le risque étant défini non seulement par le volume d'alcool consommé mais également par les modèles de consommation.

## CHAPITRE II ASPECTS SOCIAUX RELIÉS À LA SANTÉ

### Aspects méthodologiques

Les problèmes liés à la consommation d'alcool sont multiples. Ils peuvent être d'ordre physique, psychologique ou social. Les principaux problèmes de santé physique associés à la consommation excessive et prolongée d'alcool sont les cancers de la bouche, du larynx et de l'oesophage, les problèmes cardiovasculaires et la cirrhose du foie (Edwards & al., 1994). Quant aux problèmes sociaux associés à la consommation abusive, ils sont multiples: accidents, violence et crime, problèmes avec la famille, avec les amis ou au travail, ou problèmes financiers.

Il faut toutefois mentionner que certaines études ont démontré des effets bénéfiques d'une consommation modérée ou limitée à un ou deux verres par jour, notamment sur les troubles ischémiques (Ashley & al., 1994; Edwards & al., 1994). Toutefois, l'effet bénéfique de l'alcool décroît lorsqu'on excède quatre consommations par jour.

Trois indicateurs sont retenus ici pour décrire la consommation d'alcool:

1. le profil de consommation, construit en fonction des quantités quotidiennes consommées et la fréquence de consommation

2. un indice de risque relié à l'alcool (CAGE), en tant qu'instrument de dépistage de la consommation problématique d'alcool

3. le polyusage, qui caractérise les consommateurs selon qu'ils consomment de l'alcool, des drogues illégales, ou les deux.

**(Guyon et al., 1995)**

Les indicateurs de consommation sont présentés selon le sexe et des comparaisons sont établies entre l'Outaouais et le Québec. Des comparaisons sont aussi établies avec les données régionales de 1987, lorsqu'elles sont disponibles.

Au niveau provincial, les données de l'ESS permettent d'analyser l'association entre la consommation d'alcool et certains indicateurs de problèmes, tels que l'impossibilité de remplir ses rôles sociaux, l'obligation de diminuer ses activités habituelles pour des raisons de santé, les accidents et blessures ayant entraîné une limitation des activités ou une consultation médicale, l'état de santé perçu, la détresse psychologique et certains problèmes sociaux. Le nombre restreint d'individus dans l'échantillon régional ne nous permet malheureusement pas d'analyser les mêmes associations sur une base statistique suffisante. Nous devons donc nous référer aux résultats provinciaux pour obtenir des informations sur les indicateurs des problèmes associés à la consommation d'alcool.

### 3.1 Le profil de consommation

### Aspects méthodologiques

Le profil de consommation réunit sur un continuum les personnes qui n'ont jamais bu et celles qui le font de façon modérée ou abusive. Il répartit les personnes en six catégories:

> les abstinents à vie, qui n'ont jamais consommé d'alcool;
> les abstinents depuis au moins 12 mois précédant l'enquête;
> les buveurs modérés minimum: zéro à deux consommations par jour, de un à sept jours par semaines, pour un volume de zéro à 14 consommations par semaine;
> les buveurs modérés maximum: trois à quatre consommations par jour, de un à sept jours par semaine, pour un volume de trois à 28 consommations par semaine;
> les binge drinkers : minimum de cinq consommations par jour, au moins une fois par semaine, pour un volume minimum de cinq consommations par semaine et un maximum de consommations par semaine;
> les grands buveurs: un volume minimum de 29 consommations par semaine.

**(Guyon et al., 1995)**

### Résultats

Le profil de consommation en Outaouais est semblable à celui observé pour l'ensemble du Québec. Dans l'Outaouais, 20 % des individus n'ont pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois; 70 % d'entre eux sont des abstinents à vie. Soixante et onze pour cent (71 %) des répondants sont des buveurs modérés; 80% d'entre eux sont des buveurs modérés « minimum » (moins de trois consommations par jour). Neuf pour cent (9 %) sont des buveurs « occasionnellement excessifs » et 1 % se retrouvent dans la catégorie des « grands buveurs » (tableau 42).

## CHAPITRE II ASPECTS SOCIAUX RELIÉS À LA SANTÉ

| Profil de consommation | Outaouais 1992-1993 | | | Ensemble du Québec 1992-93 |
|---|---|---|---|---|
| | Hommes | Femmes | Total | |
| Abstinents à vie | 10[1] | 18[1] | 14 | 16 |
| Abstinents à 12 mois | 6 | 5 | 6 | 6 |
| Modérés minimum | 51[1] | 63[1] | 57 | 55 |
| Modérés maximum | 17 | 11 | 14 | 13 |
| Occasion excessifs | 14[1] | 3[1,**] | 9 | 10 |
| Grands buveurs | 2 | 1 | 1 | 1 |

***Tableau 42 - Profil de consommation selon le sexe, population de 15 ans et plus, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993***

Comme l'indique le tableau 43, le profil des buveurs varie selon le sexe. Ainsi, la proportion d'individus appartenant aux catégories de buveurs « occasionnellement excessifs » et de grands buveurs est quatre fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

### 3.2 L'Indice CAGE

#### Aspects méthodologiques

L'indice CAGE (Ewing, 1984, Ewing et Rouse, 1970, Mayfield, McLeod et Hall, 1984) est un des instruments de dépistage de la consommation problématique l'alcool les plus couramment utilisés (Smart, Adlaf et Knoke, 1991). Il comprend une série de quatre questions (QAA 32-35) dont la validité a été bien démontrée. Les items couvrent les dimensions suivantes : avoir été critiqué par son entourage, avoir pensé à diminuer sa consommation, s'être senti mal à l'aise ou coupable à cause de la consommation d'alcool, avoir pris de l'alcool en se levant pour calmer ses nerfs ou se débarrasser d'une gueule de bois. Les trois premiers items sont liés à des événements ayant pu se produire n'importe quand alors que le dernier évalue les 12 mois précédant l'enquête. Répondre positivement à au moins deux questions du CAGE place quelqu'un dans la catégorie de buveurs à risque élevé alors qu'une réponse positive équivaut à un risque faible et aucune, à un risque nul. Les abstinents ont été classés dans cette dernière catégorie.

**(Guyon et al., 1995)**

#### Résultats

Treize pour cent (13 %) des répondants de l'Outaouais âgés de 15 ans et plus présentent un risque élevé de problèmes de santé liés à la consommation d'alcool, alors que 11 % présentent un risque faible (tableau 43). Ces résultats sont semblables à ceux de l'ensemble du Québec. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes (19 % contre 8 %) à présenter un risque élevé à l'indice CAGE. La proportion de personnes à risque n'aurait pas changé de façon significative en Outaouais entre 1987 et 1993, même si on peut déceler une tendance à la hausse.

| Niveaux de risque | Outaouais 1987 | Outaouais 1992-1993 | | | Ensemble du Québec 1992-1993 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Hommes | Femmes | Total | |
| Risque nul | 79 | 67 | 85[1] | 76 | 77 |
| Risque faible | 10 | 15 | 7 | 11 | 10 |
| Risque élevé | 11 | 19[1] | 8[1] | 13 | 13 |

***Tableau 43 - Niveaux de risque de problèmes liés à l'alcool (CAGE), selon le sexe, population de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993 et ensemble du Québec 1992-1993***

### 3.3 Le polyusage

#### Aspects méthodologiques

Pour comprendre le comportement des usagers de plusieurs produits de différents types, une variable de polyusage a été construite. Le polyutilisateur est celui qui a consommé de l'alcool et des drogues illégales au cours de l'année ayant précédé l'enquête. On notera que l'ESS 1992-1993 ne permet pas de mesurer la quantité par occasion, mais seulement la fréquence de la prise de drogues. Il est donc impossible de faire la distinction entre la consommation récréationnelle et celle à risque. Cependant, le nombre de produits consommés est important , dans la mesure où l'addition des produits est vraisemblablement lié au risque pour la santé. Compte tenu de la faible proportion de répondants de 15 ans et plus qui rapportent consommer des drogues illégales, nous avons restreint cette analyse aux catégories suivantes:

## CHAPITRE II ASPECTS SOCIAUX RELIÉS À LA SANTÉ

1. aucune prise de substance psychoactive au cours des 12 mois précédant l'enquête

2. consommation d'alcool seulement

3. consommation d'alcool et d'une ou plusieurs drogues

**(Guyon et al., 1995)**

### Résultats

Le tableau 44 montre que 18 % des répondants de 15 ans et plus de l'Outaouais n'ont fait aucun usage de substances psychoactives, incluant l'alcool, au cours de l'année ayant précédé l'enquête. Soixante-neuf pour cent (69 %) auraient consommé de l'alcool seulement et 14 % auraient consommé de l'alcool et des drogues. Ce même tableau montre que le polyusage est plus fréquemment rapporté par les hommes (16 %) que les femmes (12 %). De plus, la consommation d'alcool et de drogues tend à diminuer avec l'âge. Ces résultats sont semblables à ceux obtenus pour l'ensemble de la province.

| Caractéristiques | Usage de substances psychoactives | | |
|---|---|---|---|
| | Aucune | Alcool seulement | Alcool et drogue(s) |
| Outaouais | 18 | 69 | 7 |
| **Sexe** | | | |
| femmes | 21 | 67 | 12 |
| hommes | 14 | 70 | 16 |
| **Âge** | | | |
| 15 à 24 | 15 | 59** | 26 |
| 25 à 44 | 11** | 75 | 14 |
| 45 à 64 | 22** | 70 | 8** |
| 65 et plus | 44** | 50 | 5** |
| Ensemble du Québec 1992-1993 | 19 | 69 | 13 |

***Tableau 44 - Polyusage de substances psychoactives selon le sexe et l'âge, population âgée de 15 ans et plus, Outaouais et ensemble du Québec 1992-1993***


*internet :* [illegible] *courriel :* [illegible]

## CONCLUSION

Dans ce rapport nous présentons les principaux résultats de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 pour la région de l'Outaouais. Plusieurs sujets couverts par l'enquête n'ont pas été examinés sur une base régionale, essentiellement pour des raisons de validité statistique. Malgré cela, la multiplicité des sujets abordés peut paraître déroutante. C'est pourquoi nous présentons dans cette conclusion les faits saillants de l'Enquête sociale et de santé et brossons un portrait général de l'état de santé de la population de l'Outaouais, en souhaitant que cela apporte un éclairage bénéfique sur le plan des connaissances et de la surveillance de l'état de santé.

Un des principaux mérites de l'enquête 1992-1993 est de permettre la mesure de l'évolution de certains phénomènes depuis l'enquête précédente réalisée en 1987. L'Outaouais présentait à l'époque, comparativement au Québec, un profil défavorable à plusieurs égards: usage de la cigarette, excès de poids, détresse psychologique, incapacités ou limitations dans la vie quotidienne, recours aux services de professionnels et consommation de médicaments. En 1992, les écarts entre la région et l'ensemble du Québec se sont résorbés, sauf en ce qui concerne l'excès de poids et l'usage de la cigarette.

Par ailleurs, certaines tendances défavorables observées dans l'ensemble du Québec n'épargnent pas la région de l'Outaouais. La plus inquiétante est sans doute l'augmentation de la fréquence de la détresse psychologique dans la population, en particulier chez les jeunes. L'excès de poids, un phénomène grandissant dans la plupart des pays développés, a progressé de 5% dans la région et dans l'ensemble de la province; ceci n'est probablement pas étranger au fait que le tiers des personnes de 15 ans et plus peuvent maintenant être considérées comme sédentaires. Côté alcool, il semble y avoir eu une réduction dans la consommation « moyenne », mais la proportion des consommateurs qui sont à risque de développer des problèmes reliés à l'alcool n'a pas pour autant diminué.

Le degré de soutien social dont jouit un individu détermine souvent sa vulnérabilité et son pouvoir de résistance face aux conditions ou aux événements critiques de la vie. Environ 80 % des répondants de l'Outaouais ont un bon réseau de soutien social. Cette caractéristique est cependant moins fréquente chez les personnes pauvres et peu scolarisées. La très grande majorité des répondants ont aussi des amis et sont satisfaits des rapports qu'ils entretiennent avec eux. À l'inverse, 15 % des répondants disent n'avoir personne à qui se confier en cas de besoin.

L'enquête s'intéresse aussi aux comportements de santé propres aux femmes. Si le recours à la mammographie a augmenté, particulièrement dans le groupe-cible des 50-69 ans, il reste que plus du tiers des femmes de ce groupe d'âge, en 1992, n'avaient jamais eu de mammographie de leur vie. Par ailleurs, 50 % des femmes de 15 ans et plus ont eu un examen clinique des seins par un professionnel dans les 12 mois précédant l'enquête. D'autre part, comme en 1987, plus de 50 % des femmes de 15 ans et plus rapportent avoir subi un test de Pap au cours de la dernière année.

Seulement 11 % de la population de l'Outaouais juge son état de santé comme étant moyen ou mauvais. Ces personnes sont plus souvent âgées et pauvres, elles vivent en milieu rural, sont moins scolarisées, sont insatisfaites de leur vie sociale et bénéficient d'un soutien social plus faible. En général, la détresse psychologique est corrélée avec une mauvaise perception de l'état de santé, tout en étant plus fréquente chez les femmes et chez les jeunes. Les personnes vivant un niveau élevé de détresse psychologique consultent plus fréquemment le médecin ou un autre professionnel de la santé à ce sujet.

La situation de l'Outaouais en ce qui concerne le suicide et les idéations suicidaires n'est pas très différente de celle observée en 1987, ni de celle du Québec dans son ensemble. Huit pour cent (8 %) des individus de 15 ans et plus rapportent qu'ils ont déjà pensé sérieusement à se suicider au cours de leur vie; 4 % disent y avoir songé au cours des 12 mois précédant l'enquête. Cinq pour cent des individus disent avoir tenté de se suicider au moins une fois au cours de leur vie.

Environ 9 % de la population de l'Outaouais et du Québec, tous âges confondus, vit avec une autonomie fonctionnelle réduite. Comparativement aux résultats de 1987, il semble que la perte d'autonomie soit un phénomène en augmentation, comme l'ont suggéré d'autres études canadiennes. Par ailleurs, les répondants de l'Outaouais rapportent moins de journées d'incapacité qu'en 1987; cette diminution a été plus marquée chez les femmes. Cependant, comparativement à la popula-

## CONCLUSIONS

tion québécoise, celle de l'Outaouais rapporte beaucoup plus de journées d'incapacité de tout type (20 jours contre 15,4 jours pour le Québec) et un peu plus de journées d'alitement (quatre jours contre 3,1 jours pour le Québec).

La consommation de médicaments a augmenté entre 1987 et 1992. Cette augmentation est moins importante pour les médicaments pris sur avis d'un médecin ou d'un dentiste que pour ceux pris par initiative personnelle. Les femmes sont toujours de plus grandes consommatrices de médicaments que les hommes. Les résultats montrent que le quart de la population de l'Outaouais a consulté au moins un professionnel de la santé pendant les deux semaines précédant l'enquête; la moitié des consultations ont été faites auprès d'un médecin.

La section « Aspects sociaux reliés à la santé » fait appel à des indicateurs qui n'existaient pas en 1987. La perception qu'ont les résidents de l'Outaouais de leur situation financière ne diffère pas de celle des autres québécois. Les résultats de l'ESS pour le Québec et pour l'Outaouais montrent qu'une perception négative de sa situation financière est associée à une perception négative de son état de santé ainsi qu'à un niveau de détresse psychologique élevé. D'autre part, le niveau d'intégration au marché du travail est plus élevé dans l'Outaouais que dans l'ensemble du Québec; les femmes et les jeunes de 15 à 24 ans de l'Outaouais seraient relativement avantagés à cet égard comparativement au reste du Québec. Les personnes qui ont connu une exclusion du marché du travail depuis plus d'un an rapportent plus fréquemment une insatisfaction quant à leur santé, de même qu'un niveau élevé de détresse psychologique.

L'enquête nous fournit plusieurs informations intéressantes sur la composition des familles. Les données québécoises suggèrent que les parents de familles biparentales intactes bénéficent d'un meilleur état de santé, présentent moins de détresse psychologique et ont une meilleure perception de leur état de santé. En Outaouais comme dans l'ensemble de la province, les familles biparentales intactes sont toujours en majorité, même si leur proportion a baissé depuis 1987. Ce type de famille « traditionnelle » se rencontre relativement plus fréquemment en Outaouais que dans l'ensemble du Québec.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 fournit des renseignement précieux sur une foule de phénomènes ayant un impact majeur sur la santé des individus et des populations. L'analyse des résultats pour l'ensemble de la province ne fait que commencer; une analyse plus raffinée est possible à ce niveau compte tenu de la disponibilité d'un échantillon substantiel. Nous pouvons donc nous attendre à ce que plusieurs publications viennent s'ajouter à celles qui ont déjà paru. Les résultats de l'enquête 1987 ont contribué à ouvrir des champs entiers de connaissance et d'intervention; les décideurs, intervenants et chercheurs disposent maintenant des résultats de 1992-1993 sur lesquels ils pourront s'appuyer pour guider leur travail. Nous espérons que le présent rapport constitue l'amorce de réflexions fructueuses, pour des actions plus pertinentes et plus efficaces dans la poursuite des objectifs de la politique de santé et de bien-être. ■

## RÉFÉRENCES

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). Diagnostic Statistical Manual. Third Revised Edition - DSM-III. Washington: American Psychiatric Association.

BELLEROSE, C.; LAVALLÉE, C.; COURTEMANCHE, R.; CAOUETTE, L.; GODBOUT, M.; LAPOINTE, F. « Méthodes », dans : Santé Québec; Bellerose C.; Lavallée C.; Chénard L.; Levasseur M.; (sous la direction de) (1995). Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

BERNIER, M.; DESROSIERS, H.; LE BOURDAIS, C.; LÉTOURNEAU, E., « Santé et famille » dans: Santé Québec; Lavallée, C.; Bellerose, C.; Camirand, J.; Caris, P. (sous la direction de) (1995). Aspects sociaux reliés à la santé, rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 2, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

BERNIER, S. « Usage de la cigarette », dans: Santé Québec; Bellerose C.; Lavallée C.; Chénard L.; Levasseur M.; (sous la direction de) (1995). Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux , Gouvernement du Québec.

BOURBONNAIS, R.; BRISSON, C.; DION, G.; VÉZINA, M., « Autonomie décisionnelle au travail », dans: Santé Québec; Bellerose C.; Lavallée C.; Chénard L.; Levasseur M.; (sous la direction de) (1995). Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux , Gouvernement du Québec.

BOYER, R.; ST-LAURENT, D., « Les idéations suicidaires et les parasuicides », dans: Santé Québec; Bellerose C.; Lavallée C.; Chénard L.; Levasseur M.; (sous la direction de) (1995). Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux , Gouvernement du Québec.

CAMIRAND, J.; MASSÉ, R.; TOUSIGNANT, M. « Milieu social », dans: Santé Québec; Bellerose C.; Lavallée C.; Chénard L.; Levasseur M.; (sous la direction de) (1995). Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux , Gouvernement du Québec.

CAMIRAND, J.; MASSÉ, R.; TOUSIGNANT, M. (1993). Rapport du groupe de travail sur l'environnement social concernant la création d'un indice de soutien social. Manuscrit remis à Santé Québec, Novembre 1993.

CAOUETTE, L.; COURTEMANCHE, R.; GODBOUT, M.; LAPOINTE, F. (1994). Enquête sociale et de santé 1992-1993. Méthodes statistiques pour les représentants régionaux, Bureau de la statistique du Québec, Québec.

CAOUETTE, L.; COURTEMANCHE, R., GODBOUT, M., LAPOINTE, F. (1994). Enquête sociale et de santé 1992-1993. Outils d'analyse pour les représentants régionaux, Bureau de la statistique du Québec, Québec.

CHEVALIER, S. « Consommation d'alcool », dans: Santé Québec; Bellerose C.; Lavallée C.; Chénard L.; Levasseur M.; (sous la direction de) (1995). Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux , Gouvernement du Québec.

CHEVALIER, S. « Consommation de drogues », dans: Santé Québec; Bellerose C.; Lavallée C.; Chénard L.; Levasseur M.; (sous la direction de) (1995). Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux , Gouvernement du Québec.

CHEVALIER, S.; KAPETANAKIS, C.; TURCOTTE, G. « Caractétistiques de la population », dans: Santé Québec; Bellerose C.; Lavallée C.; Chénard L.; Levasseur M.; (sous la direction de) (1995). Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux , Gouvernement du Québec.

COMITÉ CONSULTATIF SPÉCIAL SUR LA PHYSIOLOGIE DE LA REPRODUCTION (1985). Contraceptifs oraux, rapport 1985, Ottawa, ministère de la Santé et du Bien-être social, Direction générale de la protection de la santé.

COURTEMANCHE, R.; JEAN, L. (1992). Énumération des logements d'une unité primaire d'échantillonnage (UPE) de l'Enquête sociale et de santé. Instructions aux énumérateurs et aux coordonnateurs, Bureau de la statistique du Québec, Québec.

## RÉFÉRENCES

DESCHESNES, M. (1989). Et la santé dans l'Outaouais, comment ça va? Département de santé communautaire, Centre hospitalier régional de l'Outaouais

Enquête Santé Canada, Santé et Bien-être social Canada, Statistique Canada (1981).

EWING, J.A. (1984). « Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire, » Journal of the American Medical Association, 252, pp.1905-1907.

EWING, J.A.; ROUSE, B.A. (1970). « Identifying the Hidden Alcoholic. » Presented at the International Congress on Alcohol and Drug Dependance, Sydney, Australia.

FERLAND, M.; PAQUET, G.; LAPOINTE, F., « Liens entre le statut socioéconomique et la santé », dans: Santé Québec; Lavallée, C.; Bellerose, C.; Camirand, J.; Caris, P. (sous la direction de) (1995). Aspects sociaux reliés à la santé, rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 2, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

FOURNIER, M.A.; PICHÉ, J.; CÔTÉ, L., « Recours aux services sociaux et de santé », dans: Santé Québec; Bellerose C.; Lavallée C.; Chénard L.; Levasseur M.; (sous la direction de) (1995). Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

GUYON, L.; NADEAU, L.; DEMERS, A.; KISHCHUK, N., « Grande consommation d'alcool et problèmes connexes », dans: Santé Québec; Lavallée, C.; Bellerose, C.; Camirand, J.; Caris, P. (sous la direction de) (1995). Aspects sociaux reliés à la santé, rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 2, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

HASKELL, W.L. (1994). « Dose-response issues from a biological perspective, » dans BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R.J.; STEPHENS, T. (eds). (1994). Physical activity, Fitness and Health: International proceedings and consensus statement, Champaing, Human Kinetics, pp. 1030-1039.

KARASEK, R.A. (1985). Job Content Questionnaire and User's Guide, available from Dr. Robert Karasek, Department of Work Environment, University of Massachussetts Lowell, Lowell, Massachussetts 01854.

KISSEBAH, A.H. ET AL. (1989). « Health risks of obesity, » Medical Clinical North America, vol. 73, no 1.

LAURIER, C.; POIRIER, S.; GAUTHIER, A., « Consommation de médicaments, » dans: Santé Québec; Bellerose C.; Lavallée C.; Chénard L.; Levasseur M.; (sous la direction de) (1995). Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

LÉGARÉ, G.; LEBEAU, A., « La détresse psychologique », dans: Santé Québec; Bellerose C.; Lavallée C.; Chénard L.; Levasseur M.; (sous la direction de) (1995). Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux , Gouvernement du Québec.

LEVASSEUR, M., « Perception de l'état de santé, » dans : Santé Québec; Bellerose C.; Lavallée C.; Chénard L.; Levasseur M.; (sous la direction de) (1995). Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux , Gouvernement du Québec.

MASSÉ, R.; POULIN, C. (1991). « Mental Health of Community Residents in the Metropolitan Montréal Area : Some Results of the « Santé Québec Survey, » Canadian Journal of Public Health, vol. 82, no 5, pp.320-324.

MAYFIELD, D.G.; MONTGOMERY, D. (1974). « The CAGE questionnaire : validation of a new alcoholism screening test, » American Journal of Psychiatry, 131, pp.1121-1123.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1988). Niveaux de poids associés à la santé: lignes directrices canadiennes, Rapport du groupe d'experts des normes pondérales, 94 p.

## RÉFÉRENCES

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1993). Plan d'action pour le dépistage du cancer du sein, Québec, Gouvernement du Québec.

NOLIN, B. « Activité physique de loisir, » dans: Santé Québec; Bellerose C.; Lavallée C., Chénard L.; Levasseur M.; (sous la direction de) (1995). Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvervement du Québec.

PAMPALON, R.; GAUTHIER, D.; RAYMOND, G.; BEAUDRY, D. (1990). La santé à la carte, Les Publications du Québec, Québec.

PINEO, P.C. (1985), « Revisions of the Pineo-Porter-MacRoberts Sociodemographic Classification of Occupations for the 1981 Census » QSEP Research Report No.125, Program for Quantitative Studies in Economics and Population. Faculty of Social Sciences. MacMaster University. Hamilton, Ontario.

RADLOFF, L.S. (1977), « The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population, » dans Applied Psychological Measurements, 1, pp.381-389.

ROBITAILLE, Y.; RÉGNIER, G.; PLESS, I.B., « Accidents avec blessures », dans: Santé Québec; Bellerose C.; Lavallée C.; Chénard L.; Levasseur M.; (sous la direction de) (1995). Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988), Enquête promotion de la santé Canada 1990, p.134-146. Rapport technique, Ottawa, 1990, 249p.

SANTÉ QUÉBEC (1992). Rôle et fonctions des coordonnatrices régionales. Enquête sociale et de santé 1992-1993, Montréal.

SANTÉ QUÉBEC; BELLEROSE, C.; LAVALLÉE, C.; CHÉNARD, L.; LEVASSEUR, M., (sous la direction de) (1995). Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

SANTÉ QUÉBEC; LAVALLÉE, C.; BELLEROSE, C.; CAMIRAND, J.; CARIS, P., (sous la direction de) (1995). Aspects sociaux reliés à la santé. Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 2, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

SANTÉ QUÉBEC; PAMPALON, R.; LOSLIER, L.; RAYMOND, G.; PROVENCHER, P. (1995). Variations géographiques de la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 3, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

SMART, R.G.; ADLAF, E.M.; KNOKE, D. (1991), « Use of CAGE scale in a population survey of drinking, » Journal of Studies on Alcohol, 52(6), pp.593-596.

STATISTIQUE CANADA (1992), Dictionnaire du recensement de 1992, Ottawa, 386p.

THERRIEN, L. « Poids corporel », dans: Santé Québec; Bellerose C.; Lavallée C.; Chénard L.; Levasseur M.; (sous la direction de) (1995). Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux , Gouvernement du Québec.

WILKINS, R.; ROCHON, M.; LAFONTAINE, P., « Autonomie fonctionnelle et espérance de vie en santé, » dans: Santé Québec; Bellerose C.; Lavallée C.; Chénard L.; Levasseur M.; (sous la direction de) (1995). Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux , Gouvernement du Québec.

## Annexe 1a

| Caractéristiques | Outaouais | Québec |
|---|---|---|
| **Âge** | | |
| 0-14 ans | 21,3 | 19,9 |
| 15-24 ans | 13,5 | 13,3 |
| 25-44 ans | 37,1 | 34,9 |
| 45-64 ans | 20,1 | 21,7 |
| 65 ans et plus | 8,1 | 10,3 |
| **Sexe** | | |
| femmes | 50,1 | 50,5 |
| hommes | 49,9 | 49,5 |
| **État matromonialbas** | | |
| marié | 51,1 | 49,4 |
| union de fait | 16,5 | 15,1 |
| veuf/séparé/divorcé | 9,9 | 11,6 |
| célibataire | 22,6 | 24,0 |
| **Niveau de revenu** | | |
| très pauvre | 5,9 | 7,4 |
| pauvre | 10,0 | 12,8 |
| moyen inférieur | 26,1 | 30,7 |
| moyen supérieur | 37,7 | 37,0 |
| supérieur | 20,3 | 12,1 |
| **Statut d'activité habituelle** | | |
| en emploi | 56,7 | 53,0 |
| aux études | 12,1 | 12,5 |
| tient maison | 10,6 | 13,7 |
| à la retraite | 12,6 | 13,0 |
| sans emploi | 8,1 | 7,8 |
| **Catégorie professionnelle** | | |
| professionels/cadres supérieurs | 15,1 | 13,1 |
| cadres intermédiaires/semi-prof./technicien | 19,4 | 16,2 |
| bureau/commerce/service | 37,6 | 34,3 |
| contremaître, ouvrier qualifié | 15,7 | 23,3 |
| ouvrier non qualifié, manoeuvre | 12,3 | 13,1 |
| **Scolarité relative** | | |
| Q1 (plus faible) | 24,2 | 20,2 |
| Q2 (faible) | 17,8 | 20,7 |
| Q3 (moyenne) | 14,3 | 17,7 |
| Q4 (élevée) | 19,6 | 21,0 |
| Q5 (plus élevée) | 24,1 | 20,3 |

***Annexe 1a - Caractéristiques de la population de l'Outaouais et de l'ensemble du Québec, 1992-1993***

## Annexe 1b

| Caractéristiques | Urbain % | Rural % |
|---|---|---|
| **Âge** | | |
| 0-14 ans | 21,3 | 21,1 |
| 15-24 ans | 13,5 | 11,8 |
| 25-44 ans | 38,9 | 29,2 |
| 45-64 ans | 20,1 | 22,4 |
| 65 ans et plus | 8,1 | 15,5 |
| **État matromonialbas** | | |
| marié | 50,2 | 55,8 |
| union de fait | 17,1 | 13,6 |
| veuf/séparé/divorcé | 9,2 | 13,2 |
| célibataire | 23,6 | 17,5 |
| **Niveau de revenu** | | |
| très pauvre | 4,1 | 13,8 |
| pauvre | 7,9 | 18,9 |
| moyen inférieur | 24,2 | 34,0 |
| moyen supérieur | 40,3 | 26,7 |
| supérieur | 23,5 | 6,7 |
| **Statut d'activité habituelle** | | |
| en emploi | 59,7 | 43,9 |
| aux études | 12,4 | 10,5 |
| tient maison | 9,9 | 13,5 |
| à la retraite | 9,9 | 24,1 |
| sans emploi | 8,1 | 8,1 |
| **Catégorie professionnelle** | | |
| professionels/cadres supérieurs | 16,3 | 7,4 |
| cadres intermédiaires/semi-prof./technicien | 20,9 | 9,5 |
| bureau/commerce/service | 38,2 | 33,8 |
| contremaître, ouvrier qualifié | 13,6 | 29,0 |
| ouvrier non qualifié, manoeuvre | 11,0 | 20,4 |
| **Scolarité relative** | | |
| faible | 38,7 | 58,5 |
| élevée | 61,3 | 41,5 |

***Annexe 1b - Caractéristiques de la population de l'Outaouais selon la sous-région, 1992-1993***



*internet :* *courriel :*